

総 括 表 (歯科)

(令和6年8月1日現在)

医療機関コード ※歯科併設の場合は、 医科コードを入力							
併設医療機関コード							
医療機関名							

電話番号	—	—
FAX番号	—	—
メールアドレス		
ふりがな 担当者氏名		
職 名		

当院は、以下のとおり報告します。

(該当する□にレ印を付けてください。)

- | | | |
|--------------------------|--|-----|
| | | (頁) |
| <input type="checkbox"/> | 総括表 (歯科)
※すべての保険医療機関が提出 | (1) |
| <input type="checkbox"/> | 歯科点数表の初診料の注1及び歯科外来診療感染対策加算2の施設
基準に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (2) |
| <input type="checkbox"/> | 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書及
び歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (3) |
| <input type="checkbox"/> | 在宅療養支援歯科診療所1若しくは2又は在宅療養支援歯科病院の
施設基準に係る報告書
※当該届出を届け出ている場合に限る | (4) |
| <input type="checkbox"/> | 選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書 (歯科)
※当該指導料等の診療実績がある場合に限る | (5) |
| <input type="checkbox"/> | 費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書
※「正当な理由」について、北海道厚生局に報告を行っている場合に限る | (6) |

保険外併用療養費等について、この総括表に項目のない「特別の療養環境の提供 (外来医療に係るもの) に係る届出状況報告書」や「医薬品の治験に係る診療」等について実施がある場合は、北海道厚生局ホームページに掲載している様式に実施状況を記入のうえ、本報告書と併せてご提出ください。

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/teireihokoku28.html

<留意事項>

- 1 報告様式は、毎年見直しが行われているため、必ず今年度のものを使用してください (前年度以前の様式は、使用できません)。
- 2 この「総括表 (歯科)」 (1頁) は、必ずご提出ください。
各報告書 (2~6頁) のうち、届け出していない施設基準等については、提出不要です。
- 3 作成にあたっては、各様式の「記入上 (記載上) の注意」を必ずお読みください。

歯科点数表の初診料の注1及び歯科外来診療感染対策加算2の施設基準に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

※この頁に入力すると、2頁(2)に自動入力されます。

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績(該当する箇所をチェック)

	概 要	
1日平均患者数 (届出前3ヶ月間) ※令和6年5月～6年7月	<input type="checkbox"/> 10人未満	<input type="checkbox"/> 10人以上20人未満
	<input type="checkbox"/> 20人以上30人未満	<input type="checkbox"/> 30人以上40人未満
	<input type="checkbox"/> 40人以上50人未満	<input type="checkbox"/> 50人以上
滅菌体制	<input type="checkbox"/> 診療室内に設置した滅菌器を使用 <input type="checkbox"/> 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 <input type="checkbox"/> 外部の業者において滅菌(業者名:)	
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載		
滅菌の体制について (1日あたりの滅菌の実施回数)	<input type="checkbox"/> 1日1回	<input type="checkbox"/> 1日2回
	<input type="checkbox"/> 1日3回以上5回未満	<input type="checkbox"/> 1日5回以上

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

3 常勤歯科医師の院内感染防止対策(標準予防策及び新興感染症に対する対策)に関する研修の受講歴等(4年以内の受講について記入すること)

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

4 当該保険医療機関における院内研修の実施状況(該当する□に「✓」を記入)

- 受講すべき職員がいない(雇用している職員がいない場合を含む)
- 職員に対する院内研修を実施した(実施内容等を下表に記入。複数選択可。)

方法	<input type="checkbox"/> 院内研修を実施	<input type="checkbox"/> 院外研修を受講
内容	<input type="checkbox"/> 標準予防策 <input type="checkbox"/> 新興感染症に対する対策 <input type="checkbox"/> 環境整備 <input type="checkbox"/> 医療機器の洗浄・消毒・滅菌 <input type="checkbox"/> 手指衛生 <input type="checkbox"/> 職業感染防止 <input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理 <input type="checkbox"/> その他 ()	

(5については、歯科外来診療感染対策加算2の施設基準に係る報告を行う場合に記入すること。)

5 感染経路別予防策及び新型コロナウイルス等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴の有無

1年以内に感染経路別予防策(個人防護具の着脱法等を含む。)及び最新の新型コロナウイルス等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修を受講している。	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

※1年以内の受講を確認できるものを保管すること。

(様式2の7参考)

第2 届出に関する手続き

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- (6) (5)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (7) 年に1回、院内感染対策の実施状況等について、様式2の7により地方厚生(支)局長に報告していること。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準に係る届出は、別添7の様式2の6を用いること。なお、当該届出については実績を要しない
- (2) 毎年8月において、別添7の様式2の7により報告を行うこと。
- (3) 令和7年5月31日までの間に限り、1の(6)に該当するものとみなす。

令和2年3月31日事務連絡 疑義解釈資料の送付について(その1)(抜粋)

「初診料の注1」

問1 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、どのような内容の研修を実施すべきか。

(答) 院内感染防止対策については、標準予防策、医療機器の洗浄・消毒・滅菌、感染性廃棄物の処理等が考えられるが、各保険医療機関の実情に応じて、実施されたい。

問2 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、様式2の7「4当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容について、毎回の研修においてすべて網羅していなければならないのか。

(答) 様式2の7「4当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容は例示であり、各保険医療機関の実情に応じて、研修内容を決定していただきたい。

問3 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修の講師は管理者等が実施するものでよいのか。

(答) そのとおり。

問4 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、医療関係団体等が主催する研修(通信によるものを含む)に代えても差し支えないか。

(答) 差し支えない。

歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

※この頁は2頁の記載内容が自動入力されます。

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績(該当する箇所にチェック)

	概要	
1日平均患者数 (届出前3ヶ月間) ※令和6年5月～6年7月	<input type="checkbox"/> 10人未満	<input type="checkbox"/> 10人以上20人未満
	<input type="checkbox"/> 20人以上30人未満	<input type="checkbox"/> 30人以上40人未満
	<input type="checkbox"/> 40人以上50人未満	<input type="checkbox"/> 50人以上
滅菌体制	<input type="checkbox"/> 診療室内に設置した滅菌器を使用 <input type="checkbox"/> 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 <input type="checkbox"/> 外部の業者において滅菌(業者名:)	
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載		
滅菌の体制について (1日あたりの滅菌の実施回数)	<input type="checkbox"/> 1日1回	<input type="checkbox"/> 1日2回
	<input type="checkbox"/> 1日3回以上5回未満	<input type="checkbox"/> 1日5回以上

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

3 常勤歯科医師の院内感染防止対策(標準予防策及び新興感染症に対する対策)に関する

研修の受講歴等(4年以内の受講について記入すること)

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

4 当該保険医療機関における院内研修の実施状況(該当する□に「✓」を記入)

- 受講すべき職員がいない(雇用している職員がいない場合を含む)
 職員に対する院内研修を実施した(実施内容等を下表に記入。複数選択可。)

方法	<input type="checkbox"/> 院内研修を実施	<input type="checkbox"/> 院外研修を受講
内容	<input type="checkbox"/> 標準予防策	<input type="checkbox"/> 新興感染症に対する対策
	<input type="checkbox"/> 医療機器の洗浄・消毒・滅菌	<input type="checkbox"/> 環境整備
	<input type="checkbox"/> 職業感染防止	<input type="checkbox"/> 手指衛生
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理

(様式2の7参考)

第2 届出に関する手続き

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- (6) (5)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (7) 年に1回、院内感染対策の実施状況等について、様式2の7により地方厚生(支)局長に報告していること。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準に係る届出は、別添7の様式2の6を用いること。なお、当該届出については実績を要しない
- (2) 毎年8月において、別添7の様式2の7により報告を行うこと。
- (3) 令和7年5月31日までの間に限り、1の(6)に該当するものとみなす。

令和2年3月31日事務連絡 疑義解釈資料の送付について(その1)(抜粋)

「初診料の注1」

- 問1 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、どのような内容の研修を実施すべきか。
- (答) 院内感染防止対策については、標準予防策、医療機器の洗浄・消毒・滅菌、感染性廃棄物の処理等が考えられるが、各保険医療機関の実情に応じて、実施されたい。
- 問2 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、様式2の7「4当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容について、毎回の研修においてすべて網羅していなければならないのか。
- (答) 様式2の7「4当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容は例示であり、各保険医療機関の実情に応じて、研修内容を決定していただきたい。
- 問3 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修の講師は管理者等が実施するものでよいか。
- (答) そのとおり。
- 問4 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、医療関係団体等が主催する研修(通信によるものを含む)に代えても差し支えないか。
- (答) 差し支えない。

**地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書及び
歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る報告書**

(令和6年8月1日現在)

都道府県名	北海道				
医療機関コード					
医療機関名					

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
令和6年8月	名	名	名

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率

年・月	初診の患者の数①	文書により紹介された患者の数②	紹介率 (＝②／①×100) %
令和6年7月	名	名	%

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数 : 計 _____ 件

歯科点数表区分	件数	歯科点数表区分	件数	歯科点数表区分	件数
J013の4	件	J039	件	J072	件
J016	件	J042	件	J072-2	件
J018	件	J043	件	J075	件
J031	件	J066	件	J076	件
J032	件	J068	件	J087	件
J035	件	J069	件		
J036	件	J070	件		

(3) 別の保険医療機関において初診料の注6又は再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1、2若しくは3又は歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数

令和6年5月～6年7月	歯科診療特別対応加算1、2又は3	名
	歯科訪問診療料	名
	月平均	名

(4) 初診料の注6又は再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1、2又は3を算定している患者の数

令和6年5月～6年7月	名	月平均	名
-------------	---	-----	---

(5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(I)、周術期等口腔機能管理料(II)、周術期等口腔機能管理料(III)又は周術期等口腔機能管理料(IV)のいずれかを算定した患者の数

令和6年5月～6年7月	名	月平均	名
-------------	---	-----	---

(6) 回復期等口腔機能管理計画策定料、回復期等口腔機能管理料のいずれかを算定した患者の数

令和6年5月～6年7月	名	月平均	名
-------------	---	-----	---

3 院内感染防止対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

	概 要
滅菌体制 (該当する箇所にチェック)	<input type="checkbox"/> 診療室内に設置した滅菌器を使用
	<input type="checkbox"/> 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌
	<input type="checkbox"/> 外部の業者において滅菌 (業者名: _____)

1. に該当する場合は以下の事項について記載

滅菌器	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
滅菌の実施回数	<input type="checkbox"/> 1日1回	<input type="checkbox"/> 1日2回
	<input type="checkbox"/> 1日3回以上5回未満	<input type="checkbox"/> 1日5回以上

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する箇所にチェック)

機器名	概 要	
1日平均患者数 (令和6年5月～6年7月)	<input type="checkbox"/> 10人未満	<input type="checkbox"/> 10人以上20人未満
	<input type="checkbox"/> 20人以上30人未満	<input type="checkbox"/> 30人以上40人未満
	<input type="checkbox"/> 40人以上50人未満	<input type="checkbox"/> 50人以上

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。
(歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース)

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策 (標準予防策及び新興感染症に対する対策) に関する研修の受講歴等 (4年以内の受講について記入すること。)

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※ 4年以内の受講を確認できるものを保管すること。

(5については、歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る報告を行う場合に記入すること。)

5 感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴の有無

1年以内に感染経路別予防策 (個人防護具の着脱法等を含む。) 及び最新の新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講している。	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

※ 1年以内の受講を確認できるものを保管すること。

※ 歯科外来診療感染対策加算4の施設基準に係る届出を行っていない場合は記入不要。

[記入上の注意]

1. 「2の(1)」については、届出(報告)前1か月間の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出(報告)前1年間の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出(報告)前3か月間の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。
5. 「3の(2)」について、実績がない場合は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の8月に当該様式により実績について報告すること。

在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは 2 又は在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る報告書

(令和 6 年 8 月 1 日現在)

都道府県名	北海道					
医療機関コード						
医療機関名						

届出を行っている施設基準について（該当するものに○をつけること）

	在宅療養支援歯科診療所 1
	在宅療養支援歯科診療所 2
	在宅療養支援歯科病院

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合（直近 1 月間（令和 6 年 7 月）の実績）	
	延べ人数
歯科訪問診療料を算定した人数 ①	人
外来で歯科診療を提供した人数 ②	人
<p>※ ①については、歯科訪問診療料（歯科訪問診療 1、2、3、4 若しくは 5 又は歯科訪問診療料の注 15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」若しくは注 19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」）を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。</p> <p>※ ②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。</p>	
歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ① / (①+②) =	
2) 歯科訪問診療の実績（直近 3 ヶ月（令和 6 年 5 月から令和 6 年 7 月））	
	延べ人数
歯科訪問診療 1 ①	人
歯科訪問診療 2 ②	人
歯科訪問診療 3 ③	人
歯科訪問診療 4 ④	人
歯科訪問診療 5 ⑤	人
<p>※①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。</p>	
歯科訪問診療のうち歯科訪問診療 1 を算定する患者の割合 ① / (①+②+③+④+⑤) =	
<p>※ 歯科訪問診療 1 には歯科訪問診療料の注 15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注 19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療 1 に相当する診療を行った患者数を含む。</p> <p>※ 歯科訪問診療 2 には歯科訪問診療料の注 15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注 19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療 1 に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。</p>	
3) 歯科疾患在宅療養管理料の直近 3 月間（令和 6 年 5 月から令和 6 年 7 月）の実績	
	延べ人数
歯科疾患在宅療養管理料	人
<p>※ 歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。</p>	

選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書（歯科）

都道府県名

北海道

※ 休止の届出がされている場合は、当該報告書の提出は不要です。

Table with 2 columns: 医療機関コード (レセプトに記載する7桁の数字を記載すること) and 保険医療機関の名称

【記載上の注意】

- 1 前年8月1日から当年7月31日までの間の診療実績に基づき、記載すること。
2 期間内に①及び②の全項目について診療実績がない場合は、本報告書の提出は必要ないこと。
3 期間内にいずれかの項目の診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」に☑の上、当該保険医療機関において実施した項目の金額又は人数のみ記載すること。①について各項目の価格を事前に報告している場合においても、診療実績がない項目には診療実績欄の「無」に☑の上、金額は記載しないこと。
4 各項目の価格に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告をすること。
5 選定療養として地方厚生(支)局長に報告しておらず、一連の診療を全て自由診療とした場合における実績は報告対象としないこと。

【① 選定療養の実施状況】

Table for 1. 金属床総義歯の実施状況. Columns: 金属の種類毎の1床当たりの価格, 診療実績 (有/無), 金額 (消費税を含む). Rows include 白金加金, 金合金, コバルトクロム合金, チタン合金, and その他の金属.

※ その他の金属欄は商品名ではなく、一般名を記載すること。

Table for 2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況. Columns: 継続管理の種類, 診療実績 (有/無), 金額 (消費税を含む). Rows include フッ化物局所応用 and 小窩裂溝充填塞.

※ 選定療養として地方厚生(支)局長に報告し実施したものであること。

Table for 3. 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況. Columns: 金合金/白金加金 (1歯につき), 診療実績 (有/無), 金額 (消費税を含む).

※ 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属としては金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。

【② 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定状況】

Table for ②. Columns: 算定実績 (有/無), 歯科衛生士数 (実数) (常勤, 非常勤). Includes a note about recording only '有' cases.

- ※ 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料のいずれかを算定した実績がある場合は、令和6年8月1日時点の常勤・非常勤それぞれの歯科衛生士数を記載すること。
※ 実績がない場合は算定実績欄の「無」に☑の上、歯科衛生士数は記載しないこと。
※ 令和6年8月1日時点で歯科衛生士数が0人であっても、前年8月1日から当年7月31日までの間に診療実績がある場合は、算定実績欄の「有」に☑の上、歯科衛生士数を0人と記載すること。

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

(令和6年8月1日現在)

都道府県名

北海道

医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の 数字を記載すること。	
保険医療機関の名称	
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 全ての患者 <input type="checkbox"/> 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要
レセプトコンピュータ 又は 自動入金機の改修時期	改修予定年月を1に記載し、()内のいずれかに☑をすること。未定の場合は2に記載すること。 1. 令和 年 月 (<input type="checkbox"/> レセプトコンピュータ <input type="checkbox"/> 自動入金機) 2. 令和 年第 四半期目途
明細書の交付の際に 徴収している金額	円

※ 本報告は、令和6年8月1日時点で保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に基づく明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届け出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

施設基準の届出の確認について（報告）

令和6年8月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について、次の「ア」または「イ」のいずれに該当するかご確認ください。

ア 届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしている場合

提出不要

イ 届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合

下の報告欄の【枠内】に要件を満たしていない施設基準名を記入のうえ、提出してください。

届け出ている施設基準のうち、次のものについては、施設基準の要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

<要件を満たしていない施設基準名> （記入例）地域包括診療加算

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

令和6年 月 日

北海道厚生局長 殿

保険医療機関 : 保険医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

電話番号

（担当： ）