別紙２

施設基準等の届出にかかる算定開始日の遡及について

当医療機関・薬局は遡及の指定申請をしましたが、従前の保険医療機関・保険薬局において実施していた下記の施設基準については、引き続き基準を維持して実施しているため、算定開始日は保険医療機関・保険薬局として指定を受けた日にしていただけますようお願いいたします。

遡及指定（予定）日　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

施設基準名

（新保険医療機関コード）

旧保険医療機関コード

従前の施設基準の届出受理番号

保険医療機関名

所在地

開設者名

連絡先電話番号

別紙２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載例

施設基準等の届出にかかる算定開始日の遡及について

当医療機関・薬局は遡及の指定申請をしましたが、従前の保険医療機関・保険薬局において実施していた下記の施設基準については、引き続き基準を維持して実施しているため、算定開始日は保険医療機関・保険薬局として指定を受けた日にしていただけますようお願いいたします。

遡及指定（予定）日　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

施設基準名　○○○〇

提出する施設基準名ごとに作成してください。

ご記入は不要です。

（新保険医療機関コード）

現在の医療機関コードを記載して下さい。

旧保険医療機関コード

ご記入は不要です。

従前の施設基準の届出受理番号

保険医療機関名　　○○○クリニック

変更後の保険医療機関名や所在地、開設者名を記載して下さい。

所在地　　甲府市○○○

開設者名　　医療法人社団○○会

連絡先電話番号　　０５５－○○○－○○○○

別添７

赤字で記入ください

令和○年○月○日遡及指定

＜記載例＞

基本診療料の施設基準等に係る届出書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  | 保険医療機関コード |  |  | 届 出 番 号 |  |  |
| 連絡先  空欄で構いません  　　　　担当者氏名：  　　　　電話番号：  別途、施設基準ごとに、  添付書類（様式○○）も必要となります。 | | | | | | |
|  | （届出事項）  ［○○○］の施設基準に係る届出 | | | | |  |
| ☑　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。  　☑　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。  　☑　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。  　☑　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。    標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。  　令和　　　年　　　月　　　日  　　保険医療機関の所在地  　　及び名称  　　開設者名  関東信越厚生局長　殿 | | | | |
|  | | | | |
| 備考１　［　 ］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。  　　　　　２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。  　　　　　３　届出書は、１通提出のこと。 | | | | | | |