

別紙様式 10

訪問看護医療DX情報活用加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号	(訪看34)	号
------	--------	---

受付年月日	年	月	日
-------	---	---	---

決定年月日	年	月	日
-------	---	---	---

(届出事項)	訪問看護医療DX情報活用加算に係る届出
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 関東信越厚生局長 殿	

届出内容

指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称	ステーションコード	
管理者の氏名		
(□には、適合する場合「✓」を記入すること)		
施設基準		
1	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を実施している	□
2	健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制が整備されている	□
3	医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている	□
備考：「1」は訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用をオンライン請求している場合に該当するものであること。 ：「2」は居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムによるオンライン資格確認を行う体制を有している場合に該当するものであること。 ：「3」のウェブサイトへの掲載について、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。		