

(別紙2)

D P C 対象病院等の合併に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院 _____ は、

(保険医療機関名称)

次の _____ と、

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ に合併を予定しています。

合併後も D P C 対象 (準備) 病院の基準を満たす予定であり、D P C 制度に継続参加を希望しています。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 本申請書は、D P C対象病院等（D P C制度参加病院以外含む）がD P C対象病院等と合併の予定があり、合併後もD P C制度への継続参加を希望している場合に、合併（予定）年月日の6か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- ※2 本申請書には、必要事項を記載した、別紙3「D P C対象病院等の合併に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- ※3 本申請書の提出後、申請内容等の合併に係る資料の提出が求められた場合は厚生労働省保険局医療課に速やかに提出すること。
- ※4 D P C制度継続参加の可否については、中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。
- ※5 審査後の決定案については、予め当該病院に通知することとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙9「不服意見書」を提出することができる。
- ※6 審査の内容については必要に応じて中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙4)

D P C対象病院等の分割に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院_____は、

平成_____年_____月_____日に、

(保険医療機関名称(予定))

_____と、

(保険医療機関名称(予定))

_____に分割を予定しています。

分割後もD P C対象(準備)病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望しています。

平成_____年_____月_____日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(連絡先)

担当者名

所属部署

電話番号

E-mail

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 本申請書は、D P C対象病院等（D P C制度参加病院以外含む）が分割の予定があり、分割後もD P C制度への継続参加を希望している場合に、分割（予定）年月日の6か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。
- ※2 本申請書には、必要事項を記載した、別紙5「D P C対象病院等の分割に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- ※3 本申請書の提出後、申請内容等の分割に係る資料の提出が求められた場合は厚生労働省保険局医療課に速やかに提出すること。
- ※4 D P C制度の継続参加の可否については、中央社会保険医療協議会において審査及び決定することとする。
- ※5 審査後の決定案については、予め当該病院に通知することとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙9「不服意見書」を提出することができる。
- ※6 審査の内容については必要に応じ、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。