

施設基準の届出の確認について

7月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか否か自己点検の上、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

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

この様式（別添 2-2）は提出不要
 ※ 保険医療機関の届出に応じて他の報告書については提出が必要です。
 （例：ニコチン依存症管理料の報告等）

下の報告欄の「**枠丙**」に要件を満たしていない施設基準名を記入のうえ、**辞退届と一緒にこの様式（別添 2-2）を提出（郵送）**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 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

保険医療機関 : 医療機関コード

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

所在地

名称

開設者

電話番号

（担当： ）