

施設基準の届出の確認について（報告）

令和 7 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： ）

8 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を確認し、次の「ア」または「イ」に○をして、令和 7 年 8 月 29 日（金）までに郵送にて提出してください。

「イ」に○をした場合は、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入してください。

いずれかに○

ア

届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしています。

イ

届け出ている施設基準のうち、次のものについては、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

イに○をした場合にのみ記入

※ 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。