

プログラム医療機器の使用等（選定療養）に関する実施状況報告書

都 道 府 県 名

医 療 機 関 コ ー ド
※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

保 険 医 療 機 関 名

販売名	承認／認証番号	人数（※記載上の注意 3. を参照）		患者からの徴収額（消費税を含む。）（※記載上の注意 4. を参照）		徴収額に対応する使用期間（※記載上の注意 4. を参照）	
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、前年 8 月 1 日から当年 7 月 3 1 日の実施状況を記載すること。
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。
2. 「承認／認証番号」について、医薬品医療機器等法上の承認／認証番号を記載すること。
3. 「人数」について、使用した患者数を記載すること。
4. 「患者からの徴収額」は、プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記載すること。また、「徴収額に対応する使用期間」も記載すること。
5. プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。