

(別紙様式 1 - 2)

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書
(外来医療に係るもの)

上記について報告します。
令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

関東信越厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

費用徴収を行うこととしている診察室		
計	内 訳	金 額
室	室	円
	室	円
	室	円
	室	円
	室	円

注 「費用徴収を行うこととしている診察室」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

連絡先
担当者：
電話番号：