

(別紙様式1)

特別の療養環境の提供の実施(変更)報告書
(入院医療に係るもの)

上記について報告します。

令和 年 月 日

連絡先
担当者:
電話番号:

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)

区分	費用徴収を行わない病床数	費用徴収を行うこととしている病床		
		計	内 訳	金 額
個室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
2人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
3人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
4人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
合計		①	床	円

②全病床数	床
費用徴収病床割合(①÷②)	%

- 注1 病床数については、「費用徴収を行わない病床数」、「費用徴収を行うこととしている病床」、「全病床数」の全てについて、健康保険法第63条第3項第1号の指定に係る病床について記載すること。
- 注2 「費用徴収を行うこととしている病床」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。
- 注3 「費用徴収病床割合」欄については、小数点以下第2位を四捨五入した数を記載すること。
- 注4 5人室以上の「費用徴収を行わない病床数」がある場合は、その内訳を記載する必要はないが、「②全病床数」にはその数も含めて、記載すること。