

(別紙様式2)

病床数が200床以上の病院等について受けた
初診・再診の実施(変更)報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

(医療機関コード：)
保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名 印

関東信越厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 届出種別

- ア 200床以上の病院(イを除く。)
- イ 特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

注 該当する方に○をつけること。

2 特別の料金等の内容

区 分	徴 収 額
初 診	円
再 診	

注 初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。