

(別紙様式4)

保険医療機関が表示する診療時間以外の
時間における診察の実施(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)

標榜診療時間

曜日	日	標榜診療時間帯
曜日	午前 午後	()時 ~ ()時 ~
曜日	午前 午後	()時 ~ ()時 ~
曜日	午前 午後	()時 ~ ()時 ~
曜日	午前 午後	()時 ~ ()時 ~
曜日	午前 午後	()時 ~ ()時 ~
曜日	午前 午後	()時 ~ ()時 ~
曜日	午前 午後	()時 ~ ()時 ~

徴収額 円