（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

（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

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：