（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：