（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

（医療機関コード：　　　　　　　　）

保険医療機関の

連絡先

担当者：

電話番号：

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。