（別紙様式10）

# 180日を超える入院の実施（変更）報告書

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）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入院料の区分 | 対象者数  （実数） | 特 別 の 料 金 を  徴収した延べ日数 | 患者から徴収した料金 |
|  | 人 | 日 | 円 |
|  | 人 | 日 | 円 |
|  | 人 | 日 | 円 |
|  | 人 | 日 | 円 |
|  | 人 | 日 | 円 |
|  | 人 | 日 | 円 |
|  | 人 | 日 | 円 |
|  | 人 | 日 | 円 |

注１　「入院料の区分」の欄には、一般病棟入院基本料地域一般入院料３のように、算定すべき入院料を記載すること。

注２ 「対象者数（実数）」の欄には、対象者の延べ人数ではなく、実数を記載すること。

注３　実施又は変更の届出の際は、「対象者数（実数）」欄及び「特別の料金を徴収した延べ日数」欄の記載は不要であること。また、「患者から徴収した料金」欄については、患者から徴収することを予定している金額（１人１日当たり）を記載すること。

注４　本報告については、直近１年間（前年８月１日～当該年７月31日）の実施状況を記載すること。