

(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
所在地及び名称
開設者名

連絡先
担当者：
電話番号：

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。