

(別紙様式2)

病床数が200床以上の病院等について受けた  
初診・再診の実施(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

関東信越厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 届出種別

ア 200床(一般病床に係るものに限る。)以上の病院(イを除く。)

イ 特定機能病院、地域医療支援病院(一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。)及び外来機能報告対象病院等(外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。)

注 該当する方に○をつけること。

2 特別の料金等の内容

区分	徴収額
初診	円
再診	

注 初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。

( 連絡先  
担当者:  
電話番号: )