（別紙様式 21）

主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用の実施(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：　　）

（連絡先
担 当 者：
電話番号：）

保険医療機関・
保 険 薬 局 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 令和　　年　　月　　日）

一般的名称及び製品コード	医療機器の 販売名	患者からの徴収額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円
		円