（別紙様式４）

保険医療機関が表示する診療時間以外の

時間における診察の実施（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）

標榜診療時間

|  |  |
| --- | --- |
| 曜　　　日 | 標　榜　診　療　時　間　帯 |
| 　 　曜日　　　　午前　 　　　　　　　午後 | （　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時（　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時 |
| 　 　曜日　　　 午前　 　　　　　　 午後 | （　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時（　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時 |
| 　 　曜日　　　　午前　 　　　　　　　午後 | （　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時（　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時 |
| 　 　曜日　　　　午前　 　　　　　　　午後 | （　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時（　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時 |
| 　 　曜日　　　　午前　 　　　　　　　午後 | （　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時（　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時 |
| 　 　曜日　　　　午前　 　　　　　　　午後 | （　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時（　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時 |
| 　 　曜日　　　　午前　 　　　　　　　午後 | （　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時（　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　）時 |
|

徴　収　額　　　　　　　　　　　円

連絡先

担当者：

電話番号：