

(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：