

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |      |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-------------|
| 保険医療機関コード                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 届出番号 | (肝炎)<br>第 号 |
| (連絡先)<br>担当者氏名:<br>電話番号:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |      |             |
| (届出事項)<br><br><p style="text-align: center; font-weight: bold;">[肝炎インターフェロン治療計画料] の施設基準に係る届出</p> <p style="text-align: right;">(20049)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |      |             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</li> <li><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</li> <li><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</li> <li><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</li> </ul> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> |  |      |             |
| 平成      年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |      |             |
| 保険医療機関の所在地<br>及び名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |             |
| 開設者名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |      | 印           |
| 関東信越厚生局長 殿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |      |             |
| <p>備考 1 [      ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。</p> <p>2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。</p> <p>3 届出書は、正副2通提出のこと。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |      |             |