

【書類番号4】  
(別紙様式4－2)

特別の療養環境の提供（**外来**医療に係るもの）に係る届出状況報告書（令和8年8月1日現在）

都道府県名

医療機関コード

保険医療機関名

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

|           |                                              |                                            |                                         |                                          |                                           |                                   |                                            |
|-----------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 開設者<br>番号 | <input type="checkbox"/> ① 厚生労働省             | <input type="checkbox"/> ② 国立病院機構          | <input type="checkbox"/> ③ 国立大学法人       | <input type="checkbox"/> ④ 労働者健康<br>安全機構 | <input type="checkbox"/> ⑤ 地域医療機能<br>推進機構 | <input type="checkbox"/> ⑥ その他（国） | <input type="checkbox"/> ⑦ 都道府県            |
|           | <input type="checkbox"/> ⑧ 市町村               | <input type="checkbox"/> ⑨ 地方独立行政<br>法人    | <input type="checkbox"/> ⑩ 日赤           | <input type="checkbox"/> ⑪ 済生会           | <input type="checkbox"/> ⑫ 北海道社会<br>事業協会  | <input type="checkbox"/> ⑬ 厚生連    | <input type="checkbox"/> ⑭ 国民健康保険<br>団体連合会 |
|           | <input type="checkbox"/> ⑮ 健康保険組合<br>及びその連合会 | <input type="checkbox"/> ⑯ 共済組合及び<br>その連合会 | <input type="checkbox"/> ⑰ 国民健康保険<br>組合 | <input type="checkbox"/> ⑱ 公益法人          | <input type="checkbox"/> ⑲ 医療法人           | <input type="checkbox"/> ⑳ 学校法人   | <input type="checkbox"/> ㉑ 社会福祉法人          |
|           | <input type="checkbox"/> ㉒ 医療生協              | <input type="checkbox"/> ㉓ 会社              | <input type="checkbox"/> ㉔ その他の法人       | <input type="checkbox"/> ㉕ 個人            |                                           |                                   |                                            |

| 費用徴収を行うこととしている <b>診察室</b> 数（消費税を含む1日当たり金額階級別） |                       |                       |                       |                       |                       |                        |                         |                         |                         |                          |                |    |
|-----------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------|----|
| 1,100円<br>以下                                  | 1,101円<br>～<br>2,200円 | 2,201円<br>～<br>3,300円 | 3,301円<br>～<br>4,400円 | 4,401円<br>～<br>5,500円 | 5,501円<br>～<br>8,800円 | 8,801円<br>～<br>11,000円 | 11,001円<br>～<br>16,500円 | 16,501円<br>～<br>33,000円 | 33,001円<br>～<br>55,000円 | 55,001円<br>～<br>110,000円 | 110,001円<br>以上 | 合計 |
| 室                                             | 室                     | 室                     | 室                     | 室                     | 室                     | 室                      | 室                       | 室                       | 室                       | 室                        | 室              | 室  |

※入院医療に係るものは別紙様式4－1に記載すること。

|     |                          |           |
|-----|--------------------------|-----------|
| 備 考 | 費用徴収を行うこととしている金額のうち最小の料金 | 円（消費税含む。） |
|     | 費用徴収を行うこととしている金額のうち最大の料金 | 円（消費税含む。） |

〔記載上の注意〕

- 1 この調査は、毎年8月1日現在における診察室数の状況を記載すること。（費用徴収を行うこととしている診察室がない場合は報告不要）
- 2 「開設者番号」欄は、該当する番号に☑を記載すること。
- 3 特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。