別 添

施設基準に係る届出書

連絡先 担当者氏名: 電話番号:	届出番号	

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第1項、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。（訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第1項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。）

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。

年　　月　　日

指定医療機関の所在地及び名称

開設者名

地方厚生局長　殿

備考1　［　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2　□には、適合する場合「レ」を記入すること。

3　届出書は、1通提出のこと。