

(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

近畿厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

標榜診療時間

| 曜日 | 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