（別紙様式１）

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書

（入院医療に係るもの）

上記について報告します。　　（医療機関コード：　　）

令和　　年　　月　　日

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）

区　　分	費用徴収を行わない病床数	費用徴収を行うこととしている病床		
		計	内　　訳	金　　額
個　室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
２人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
３人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
４人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
合　計		①	床	円

②全病床数	床
費用徴収病床割合（①÷②）	％

注１　病床数については、「費用徴収を行わない病床数」、「費用徴収を行うこととしている病床」、「全病床数」の全てについて、健康保険法第 63 条第３項第１号の指定に係る病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法第 48 条第１項第３号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第８条第 26 項に規定する療養病床等を除く。）について記載すること。

注２　「費用徴収を行うこととしている病床」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

注３　「費用徴収病床割合」欄については、小数点以下第２位を四捨五入した数を記載すること。

注４　５人室以上の「費用徴収を行わない病床数」がある場合は、その内訳を記載する必要はないが、「②全病床数」にはその数も含めて、記載すること。