（別紙様式１－２）

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書

（外来医療に係るもの）

上記について報告します。

平成　　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　　　　　　　　　印

近畿厚生局長　殿

 （実施日・変更日　　年　　月　　日）

|  |
| --- |
| 費用徴収を行うこととしている診察室 |
| 計 | 内　　　訳 | 金　　　　　額 |
| 室 | 室 | 円 |
| 室 | 円 |
| 室 | 円 |
| 室 | 円 |
| 室 | 円 |

　注　「費用徴収を行うこととしている診察室」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。