

## 施設基準の適合性の確認について（報告）

7月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について、次の「ア」または「イ」のいずれに該当するかご確認ください。

**ア** 届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしている 又は 届け出ている施設基準がない場合



この用紙は  
提出不要

**イ** 届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合



以下の **【枠内】** に要件を満たしていない施設基準名を記入の上、郵送にて提出してください。



届け出ている施設基準のうち、次のものについては、施設基準の要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

<要件を満たしていない施設基準名> （記入例） 歯科矯正診断料

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

令和 年 月 日

近畿厚生局長 殿

保険医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名 称

開設者

電話番号

— —

（担当：                   ）