

該当するもの1つに○をしてください



医科（無床診療所）・歯科・薬局

施設基準の届出の確認について（報告）

7月1日現在、貴院等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場合



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



下の報告欄の【枠内】に要件を満たしていない施設基準名を記入のうえ、提出（郵送）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、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）地域包括診療加算

※ 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。

平成 年 月 日

近畿厚生局長 殿

保険医療機関（保険薬局）コード

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

所在地

名称

開設者

印

電話番号

—

—

（担当：

）