

D P C 対象病院等の再編に係る届出書

(保険医療機関名称)

当院_____は、

_____別紙 18 の保険医療機関_____と、

_____令和_____年_____月_____日_____に再編を予定しています。

令和_____年_____月_____日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(提出上の注意)

- 1 本届出書には、必要事項を記載した別紙 18「D P C 対象病院等の再編に係る届出書 (別紙)」を添付して提出すること。
- 2 本届出書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出を求められた場合は、速やかに提出すること。
- 3 本届出書は、再編年月日の 6 か月前までに、地方厚生 (支) 局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。