

D P C 対象病院等の再編に係る申請書 (別紙)

	再編前病院① (※1)	再編前病院② (※1)	再編後病院 (※1)
保険医療機関コード			変更の 有 ・ 無 ・ 不明
保険医療機関名称(予定)			
開設者(予定)			
保険医療機関の所在地 (予定)			
所属する医療圏(予定)			
総病床数(予定)			
D P C 算定病床数(予定)			
診療科目数(予定)			
主たる診療科目(予定)			
入院中の患者の引継ぎ			有 ・ 無
病院職員(医師、看護師等) の引継ぎ			有 ・ 無
届出(予定)入院基本料			
診療録管理体制加算の届出 (予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
直近1年間の継続したD P C データの提出 (予定)			有 ・ 無
直近1年間の1ヶ月あたりの データ/病床比 (予定)			
直近1年間の1ヶ月あたりの データ数 (予定)			
コーディング委員会の設 置(予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

(記載上の注意)

※1 病院における状況(予定)について記入し、該当する項目に○を付けること。

※2 再編前の病院数が3以上、又は再編後の病院数が2以上になる場合は、適宜、様式を修正すること。

(提出上の注意)

本申請書は、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。