（別紙20）

**ＤＰＣ対象病院等の所在地の変更に係る申請書（別紙）**

（至近の距離への所在地の変更以外の場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地の変更前の病院（※1） | 所在地の変更後の病院（※1） |
| 保険医療機関コード |  |  |
| 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) |  |  |
| ＤＰＣ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 |  |  |
| 病院職員(医師、看護師等)の引継ぎ |  |  |
| 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 |
| 直近１年間の継続したＤＰＣ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 |

（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。

（提出上の注意）

　本申請書は、所在地の変更年月日の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。