

## D P C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)		
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		
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

(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)局医療課長を經由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。