

(別紙7)

## 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対象病床数(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ヶ月当たりのデータ/病床比(予定)  |                 |                 |
| 直近1年間の1ヶ月当たりのデータ数(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。