

訪問看護遠隔診療補助料に係る届出書（届出・変更・取り消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号	(訪看37)
------	--------

受付年月日	年 月 日
-------	-------

決定年月日	年 月 日
-------	-------

(届出事項) 訪問看護遠隔補助料に係る届出	
上記のとおり届け出ます。	
年 月 日	
指定訪問看護事業者 の所在地及び名称	代表者の氏名
地方厚生（支）局長 殿	

届出内容

指定訪問看護ステーション の所在地及び名称	ステーションコード
管理者の氏名	

1. 情報通信機器を用いた診療の補助を行う保険医療機関

連携する保険医療機関の名称と住所を記載すること。  
記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

1	保険医療機関の名称	
	住所	
2	保険医療機関の名称	
	住所	
3	保険医療機関の名称	
	住所	
4	保険医療機関の名称	
	住所	
5	保険医療機関の名称	
	住所	
6	保険医療機関の名称	
	住所	
7	保険医療機関の名称	
	住所	
8	保険医療機関の名称	
	住所	
9	保険医療機関の名称	
	住所	
10	保険医療機関の名称	
	住所	