

令和 8 年 8 月

保険医療機関（歯科） 開設者 様

九州厚生局

施設基準の届出の確認について

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、施設基準の届出を行った保険医療機関は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 8 年 3 月 5 日付保医発 0 3 0 5 第 7 号）及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 8 年 3 月 5 日付保医発 0 3 0 5 第 8 号）に基づき、毎年 8 月 1 日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告することとされているところです。

つきましては、8 月 1 日現在で貴院が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか、下記の手順により貴院で自己点検を行い、その結果を別添 1 によりご提出ください。

また、通知により施設基準ごとに定められている報告等については、別添 1 の「総括表」及び「報告様式」にそれぞれ必要事項をご記入いただき、提出する書類について、別添 1「総括表」のフローチャートにてご確認の上、ご提出くださいますようお願いいたします。

記

1 施設基準の確認手順等について

（１）施設基準の要件の確認

- ① 8 月 1 日現在で貴院が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか自己点検してください。
- ② 貴院が届け出ている施設基準が不明の場合は、九州厚生局のホームページ(※1)をご参照ください。

（２）施設基準の要件を確認した結果

自己点検を行った結果、

＜すべて要件を満たしている場合＞

- ① 通知により施設基準ごとに定められている報告等（「報告様式」No. 1～3）に該当がある場合は、別添 1 の「ア」に☑を入れて、ご提出ください。
- ② 通知により施設基準ごとに定められている報告等（「報告様式」No. 1～3）に該当がない場合は、別添 1 の提出は不要です。

＜要件を満たしていないものがある場合＞

- ③ 別添 1 の「イ」に☑をして、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当

該施設基準名をご記入の上、施設基準の「辞退届」(※2)と併せてご提出ください。

(3) 提出期限

令和8年9月1日(火)までにご提出ください。(郵送必着)

九州厚生局公式ホームページ (<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>)

※1 届け出ている施設基準の確認

知りたい分野から探す > 保険医療機関、保険医等 > 保険医療機関等の情報を知りたい方へ > 保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業所・はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の受領委任取扱い施術所の管内指定状況及び届出受理状況について > 「届出受理医療機関名簿(全体版)」

※2 辞退届のダウンロード

知りたい分野から探す > 保険医療機関、保険医等 > 保険医療機関・保険薬局の方へ > 届出様式等 > 令和8年度診療報酬改定に係る施設基準の届出等 > 「施設基準に係る辞退届」

2 届出が不要となっている施設基準の要件の確認について

届出が不要となっている下記の施設基準について、診療報酬を算定している場合は、要件を満たしているか、貴院で自己点検してください。

なお、要件を満たしていない場合は診療報酬を算定できませんのでご注意ください。

(届出が不要となっている施設基準の例)

※ 届出が不要となっている施設基準のみ要件を満たさない場合は、上記1(2)②の報告は不要です。

- | | |
|---------------|------------------------------------|
| ・ 明細書発行体制等加算 | ・ 医科点数表第2章第10部手術の通則 |
| ・ 連携強化診療情報提供料 | の5及び6(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。)に掲げる手術 |
| ・ 一般名処方加算 | |
| ・ 歯科遠隔連携診療料 | |

【お問い合わせ・提出先】

九州厚生局各県事務所(福岡県は指導監査課)

1 施設基準の届出状況等の確認にあたって

(1) 施設基準の届出内容に変更がある場合は、届出が必要です。

- ① 施設基準の届出受理後に、届出内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、遅滞なく届出を行う必要があります。（一時的な変動に該当する場合等を除く。）
- ② 平成 30 年度の診療報酬改定から、従事者等に変更があっても、施設基準を満たしている場合には変更の届出が不要となりました。
ただし、精密触覚機能検査、歯科画像診断管理加算 1 及び 2、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について、届け出ている医師に変更があった場合等、その都度届出を行う必要があります。
- ③ CAD/CAM装置（連携する歯科技工所が使用する装置を含む。）の変更、連携している歯科技工所の追加等変更の届は令和 2 年 5 月 7 日付け事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その 9）」により届出不要となりました。ただし、保険医療機関において、使用する CAD/CAM 装置について、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく届出が行われている機器であること、CAD/CAM 冠用材料との互換性が制限されない機器であること等について自院で確認する必要があります。

(2) 保険外併用療養費に変更がある場合は、新たに報告が必要です。

保険外併用療養費を徴収している保険医療機関は徴収を始める際に報告が必要ですが、金額等の届出事項に変更がある場合にも報告が必要ですので、変更の都度、今回の定例報告とは別に報告をお願いします。

また、保険外併用療養費の支給対象となる治験（医薬品又は医療機器）を実施した保険医療機関は、定例報告と併せて報告が必要です。

(3) 施設基準に該当しなくなった場合は、届出が必要です。

施設基準に該当しなくなった場合は、速やかに「辞退届」の提出をお願いします。

(4) 保険医の異動がある場合は、届出が必要です。

保険医療機関に勤務する保険医について、①雇用、②退職、③常勤・非常勤の変更があった場合は、保険医療機関の指定に係る「届出事項変更（異動）届」の「保険医又は保険薬剤師」欄に必要事項を記載のうえ、速やかに提出をお願いします。

2 報告書作成及び提出にあたって

(1) 様式は必ず令和 8 年度版を使用してください。

なお、様式への押印は不要です。

また、ホームページには「令和 8 年度定例報告に係る F A Q（よくある質問）」も掲載しておりますので、書類作成時の参考等にご活用ください。

業務内容 > 主な業務別情報 > 保険医療機関・保険薬局 > 3. 届出様式等 > 令和 8 年度施設基準の届出状況等の報告（定例報告） > 歯科の報告書一覧

(2) 記載上の注意について

各様式中の「保険医療機関コード」及び「保険医療機関番号」欄は、以下のとおり記載してください。

「保険医療機関コード」の場合・・・・・・7桁の指定通知書の番号

「保険医療機関番号」の場合・・・・・・先頭に下記の『各県の番号（2桁）』を付けて指定通知書の番号（合計9桁）

『各県の番号』 福岡県：40 佐賀県：41 長崎県：42 熊本県：43
大分県：44 宮崎県：45 鹿児島県：46 沖縄県：47

(3) 提出方法について

郵送または電子申請による提出について特段のご理解・ご協力をいただきますようお願いいたします。

(4) ご不明な点につきましては、九州厚生局各県事務所（福岡県は指導監査課）までお問い合わせください。

3 定例報告と別に報告が必要です。

○ ベースアップ評価料の賃金改善実績報告書および賃金改善中間報告書

→「賃金改善実績報告書」については令和7年度の実績を、「賃金改善中間報告書」については令和8年6月～7月の実績を、それぞれ報告いただく必要があります。「令和7年度算定分の実績報告書」と「令和8年度算定分の実績報告書」で様式が異なりますので、提出様式を確認して提出をお願いいたします。

詳細は九州厚生局HP（トップページの青いバナー「ベースアップ評価料の届出について」をクリック）をご確認ください。

施設基準の届出の確認について(報告)

令和

年

月

日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード:

保険医療機関所在地
名称
開設者
書類作成担当者所属
氏名

(Tel: - -)

※押印は不要です。

8月1日現在、当院が届出を行っている全ての施設基準について要件を満たしているか確認しましたので、次のとおり報告します。

<ア、イのいずれかに必ずチェックを入れてください>

☐ ア：届出している施設基準の全てについて、要件を満たしています。

☐ イ：次の施設基準については要件を満たしていません。なお、それ以外の施設基準については要件を満たしています。

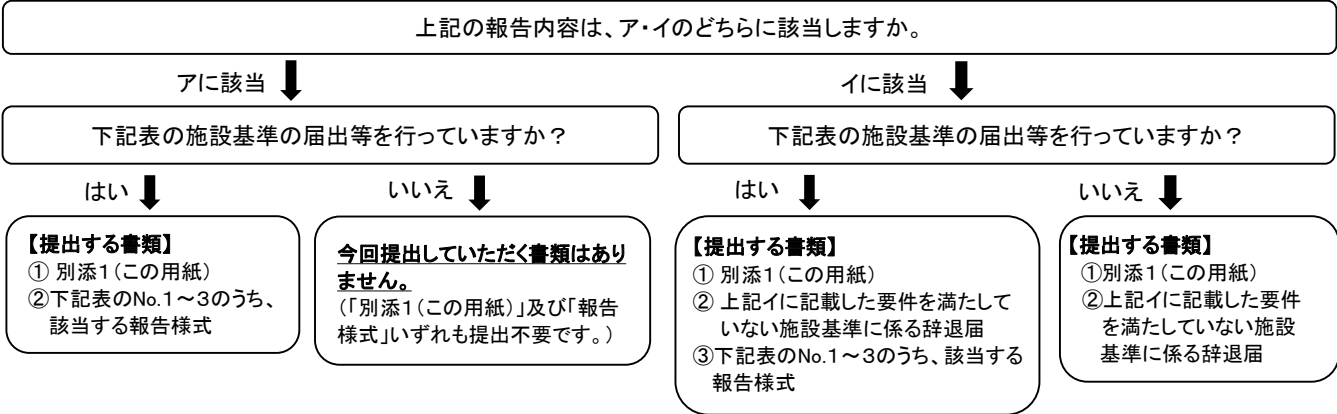
要件を満たしていない施設基準:

※記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

【総括表】

- (1) 別添1(この用紙)と「報告様式」は、状況に応じ併せて提出していただく場合があります。なお、提出する書類の組み合わせについては、下記のフローチャートにてご確認ください。
- (2) 下記表に掲載している施設基準の届出等を行っている場合は、No.1～3のうち、提出する様式のチェック欄に「☒」をつけてください。なお、該当がない場合や、今回の自己点検により要件を満たしていないことが判明し、辞退届を提出する施設基準等の報告様式については提出は不要です。

<提出する書類の確認>(フローチャート)



No.	様式番号	名 称	提出書類 のチェック
1	別紙様式4-2	特別の療養環境の提供(外来医療に係るもの)に係る届出状況報告書 (注)特別な料金の徴収がある診察室がある場合の報告	☐
2	別紙様式9	費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書 (注)「正当な理由」について届出をしていない(明細書を無料で交付している)場合は提出不要です。	☐
3	別紙様式19	在宅療養支援歯科診療所・在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る報告書	☐

(別紙様式 4 - 2)

特別の療養環境の提供（**外来**医療に係るもの）に係る届出状況報告書（令和 8 年 8 月 1 日現在）

都 道 府 県 名

医 療 機 関 コ ー ド

保 険 医 療 機 関 名

※レセプトに記載する 7 桁の数字を記載すること。

開設者 番号	☐ ① 厚生労働省	☐ ② 国立病院機構	☐ ③ 国立大学法人	☐ ④ 労働者健康 安全機構	☐ ⑤ 地域医療機能 推進機構	☐ ⑥ その他（国）	☐ ⑦ 都道府県
	☐ ⑧ 市町村	☐ ⑨ 地方独立行政 法人	☐ ⑩ 日赤	☐ ⑪ 済生会	☐ ⑫ 北海道社会 事業協会	☐ ⑬ 厚生連	☐ ⑭ 国民健康保険 団体連合会
	☐ ⑮ 健康保険組合 及びその連合会	☐ ⑯ 共済組合及び その連合会	☐ ⑰ 国民健康保険 組合	☐ ⑱ 公益法人	☐ ⑲ 医療法人	☐ ⑳ 学校法人	☐ ㉑ 社会福祉法人
	☐ ㉒ 医療生協	☐ ㉓ 会社	☐ ㉔ その他の法人	☐ ㉕ 個人			

費用徴収を行うこととしている 診察室 数（消費税を含む 1 日当たり金額階級別）												
1, 100円 以下	1, 101円 ～ 2, 200円	2, 201円 ～ 3, 300円	3, 301円 ～ 4, 400円	4, 401円 ～ 5, 500円	5, 501円 ～ 8, 800円	8, 801円 ～ 11, 000円	11, 001円 ～ 16, 500円	16, 501円 ～ 33, 000円	33, 001円 ～ 55, 000円	55, 001円 ～ 110, 000円	110, 001円 以上	合計
室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室

※入院医療に係るものは別紙様式 4 - 1 に記載すること。

備 考	費用徴収を行うこととしている金額のうち最小の料金	円（消費税含む。）
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最大の料金	円（消費税含む。）

〔記載上の注意〕

- この調査は、毎年 8 月 1 日現在における診察室数の状況を記載すること。（費用徴収を行うこととしている診察室がない場合は報告不要）
- 「開設者番号」欄は、該当する番号に☑を記載すること。
- 特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

(別紙様式 9)

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

※ 明細書を有料で交付している保険医療機関のみ届出が必要。

(令和 8 年 8 月 1 日現在)

都道府県名

医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の数字 を記載すること。		
保険医療機関の名称		
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	☐ 1. 医科 ☐ 2. 歯科	
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	☐ 1. 全ての患者	☐ 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	☐ 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している ☐ 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要	
レセプトコンピュータ 又は 自動入金機の改修時期	改修予定年月を1に記載し、()内のいずれかに☑をすること。未定の場合は2に記載すること。 1. 令和 年 月 (☐ レセプトコンピュータ ☐ 自動入金機) 2. 令和 年 第 四半期 目 途	
明細書の交付の際に 徴収している金額	円	

※ 本報告は、令和 8 年 8 月 1 日時点で保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に基づく明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届け出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

(別紙様式 19)

在宅療養支援歯科診療所 1
在宅療養支援歯科診療所 2
在宅療養支援歯科病院

の施設基準に係る報告書（8月報告）

(令和8年8月1日)

所在地

保険医療機関コード
(レセプトに記載する7桁
の数字を記載)

保険医療機関名

1 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数	①	人
外来で歯科診療を提供した人数	②	人

※①については、歯科訪問診療料（歯科訪問診療 1、2、3、4 若しくは 5 又は歯科訪問診療料の注16「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」若しくは注20「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」）を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。
※②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 (① / (①+②))	%
------------------------------------	---

2 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

歯科訪問診療 1	①	人
歯科訪問診療 2	②	人
歯科訪問診療 3	③	人
歯科訪問診療 4	④	人
歯科訪問診療 5	⑤	人

※①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療のうち歯科訪問診療 1 を算定する患者の割合 (① / (①+②+③+④+⑤))	%
---	---

※歯科訪問診療 1 には歯科訪問診療料の注16「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注20「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療 1 に相当する診療を行った患者数を含む。
※歯科訪問診療 2 には歯科訪問診療料の注16「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注20「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療 1 に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

3 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

歯科疾患在宅療養管理料を算定した人数	人
--------------------	---

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。