

<記載例>

※赤字の箇所をご記入ください。

※下線部分は、該当するものを○で囲んでください。

遡及指定・機能移転の希望に係る (予定届出書・届出書)
(病院・有床診療所用)

当院 (新医療機関・移転先医療機関 名称) は、(旧医療機関・移転元医療機関 名称) からの患者を引き続き診療する等、別添のとおり、診療実態が変わらないため、
○○年○○月○○日を (遡及指定日・機能移転日) として (遡及指定・機能移転) を希望するとともに、当院において、同日より、別に届出する施設基準に係る診療報酬の算定を希望します。

○○年○○月○○日

医療機関の名称 ○○○○○○

医療機関の所在地 ○○○○○○

開設者名 : ○○○○○○

(連絡先) 担当者名 : ○○○○○○

所属部署 : ○○○○○○

電話番号 : XXX-XXX-XXXX

E-mail : ○○○○○○

別紙 2 - 2 (無床診療所用)

<記載例>

※赤字の箇所をご記入ください。

※下線部分は、該当するものを○で囲んでください。

遡及指定の希望に係る (予定届出書 ・ 届出書)
(無床診療所用)

当院 (新医療機関 名称) は、 (旧医療機関 名称) からの
患者を引き続き診療する等、別添のとおり、診療実態が変わらないため、〇〇年〇〇月〇
〇日を遡及指定日として遡及指定を希望するとともに、当院において、同日より、別に届
出する施設基準に係る診療報酬の算定を希望します。

〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関の名称 〇〇〇〇〇〇
医療機関の所在地 〇〇〇〇〇〇

開設者名 : 〇〇〇〇〇〇

(連絡先) 担当者名 : 〇〇〇〇〇〇

所属部署 : 〇〇〇〇〇〇

電話番号 : XXX-XXX-XXXX

E-mail : 〇〇〇〇〇〇

別紙 2 - 3 (薬局用)

<記載例>

※赤字の箇所をご記入ください。

※下線部分は、該当するものを○で囲んでください。

遡及指定の希望に係る (予定届出書 ・ 届出書)
(薬局用)

当保険薬局 (新薬局 名称) は、 (旧薬局 名称) からの患者
を引き続き調剤する等、別添のとおり、調剤実態が変わらないため、○○年○○月○○日
を遡及指定日として遡及指定を希望するとともに、当保険薬局において、同日より、別に
届出する施設基準に係る調剤報酬の算定を希望します。

○○年○○月○○日

薬局の名称 ○○○○○○
薬局の所在地 ○○○○○○

開設者名 : ○○○○○○

(連絡先) 担当者名 : ○○○○○○

所属部署 : ○○○○○○

電話番号 : XXX-XXX-XXXX

E-mail : ○○○○○○