

特掲診療料の施設基準に係る届出書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-------------|
| 保険医療機関コード                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 届出番号 | (無心)<br>第 号 |
| 連絡先<br>担当者氏名：<br>電話番号：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |      |             |
| (届出事項)<br><br>[ 無心体双胎焼灼術 ] の施設基準に係る届出<br><br>[2-449]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |      |             |
| <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。<br><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。<br><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。<br><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 |  |      |             |
| 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |      |             |
| 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |      |             |
| 保険医療機関の所在地<br>及び名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |      |             |
| 開設者名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |      |             |
| 九州厚生局長 殿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |      |             |
| 備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。<br>2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。<br>3 届出書は、1通提出のこと。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |      |             |