

(別紙20)

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算定病床数(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ヶ月あ たりのデータ／病床比 (予定)		
直近1年間の1ヶ月あ 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。