

(別紙12)

保険医療機関廃止に伴うD P C制度からの退出届

当院は、令和 年 月 日付で廃止するため、D P C制度から退出します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿