

受理番号	(訪看37)	号
------	--------	---

受付年月日	年	月	日
-------	---	---	---

決定年月日	年	月	日
-------	---	---	---

訪問看護遠隔診療補助料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 情報通信機器を用いた診療の補助を行う保険医療機関

連携する保険医療機関の名称と住所を記載すること。

記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

1	保険医療機関の名称	
	住所	
2	保険医療機関の名称	
	住所	
3	保険医療機関の名称	
	住所	
4	保険医療機関の名称	
	住所	
5	保険医療機関の名称	
	住所	
6	保険医療機関の名称	
	住所	
7	保険医療機関の名称	
	住所	
8	保険医療機関の名称	
	住所	
9	保険医療機関の名称	
	住所	
10	保険医療機関の名称	
	住所	