

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード	届出番号 (入退支) 第 号
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 連絡先 担当者氏名： 電話番号： </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> (届出事項) <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold; margin-bottom: 10px;"> [入退院支援加算 (1 ・ 2 ・ 3)] </div> の施設基準に係る届出 ※今回届出をする事項について、上記 () 内の該当するものを○で囲んでください。 また、併せて加算の届出をする場合には、下記 [] 内の該当する加算名 (区分を含む) を○で囲んでください。(引き続き加算を算定する場合も含む) ※特定地域に該当する場合は、下記 [] 内を○で囲んでください。 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> 告示注 4 (地域連携診療計画加算) 告示注 7 (入院時支援加算) 告示注 8 (総合機能評価加算) 特定地域 </div>	