

(別紙様式 1 - 2)

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書
(外来医療に係るもの)

上記について報告します。

令和 年 月 日

(医療機関コード：)
保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

四国厚生支局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

| 費用徴収を行うこととしている診察室 | | |
|-------------------|-----|-----|
| 計 | 内 訳 | 金 額 |
| 室 | 室 | 円 |
| | 室 | 円 |
| | 室 | 円 |
| | 室 | 円 |
| | 室 | 円 |

注 「費用徴収を行うこととしている診察室」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。