

(別紙様式1)

特別の療養環境の提供の実施(変更)報告書

(入院医療に係るもの)

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者名

印

(法人の場合は、法人印)

(連絡先) Tel () -

四国厚生支局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

区分	費用徴収を行わない病床数	費用徴収を行うこととしている病床		
		計	内訳	金額
個室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
2人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
3人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
4人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
合計		①	床	
5人室以上	床			

② 全病床数	床
費用徴収病床割合 (①÷②)	%

注1 病床数については、「費用徴収を行わない病床数」、「費用徴収を行うこととしている病床」、「全病床数」の全てについて、健康保険法第63条第3項第1号の指定に係る病床(健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等を除く。)について記載すること。

注2 「費用徴収を行うこととしている病床」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。

注3 「費用徴収病床割合」欄については、小数点以下第2位を四捨五入した数を記載すること。