

(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。

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

⑨

(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)

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。