

(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

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)

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。