

(別紙様式2)

病床数が200床以上の病院について  
受けた初診・再診の実施(変更)報告書

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

Ⓜ

(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)

1 届出種別

- ア 200床以上の病院(イを除く。)
- イ 特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

注 該当する方に○をつけること。

2 特別の料金等の内容

| 区 分 | 徴 収 額 (税込) |
|-----|------------|
| 初 診 | 円          |
| 再 診 |            |

注 初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。