

保険医療機関コード

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施状況報告書

標記について報告します。

令和 3 年 7 月 1 日

保険医療機関の
名 称

診療の名称	施設基準の届出受理 年月日及び受理番号	患者からの徴収額 (1回当たり)
検 査	年 月 日 () 第 号	円
リハビリテーション	年 月 日 () 第 号	円
精神科専門療法	年 月 日 () 第 号	円

注 1 「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号)の規定に基づく四国厚生支局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。

ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない場合は、記載する必要がないこと。

注 2 本報告については、直近 1 年間(前年 7 月 1 日～当該年 6 月 30 日)の実施状況を記載すること。

※ 実施がない場合、提出する必要はありません。

注 3 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別途地方厚生(支)局長にその都度報告が必要です。

注 4 患者からの徴収額は、消費税を含めて記載すること。