

180日を超える入院に関する事項の実施状況報告書

都 道 府 県 名

保険医療機関コード

※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

<病院> 入院料	区分 注 1	対象者数 (実数)	特別の料金を徴収した 延べ日数	患者から徴収した料金 (1人1日当たり)注 3
一般病棟入院基本料		人	日	円 (消費税含む。)
特定機能病院入院基本料		人	日	円 (消費税含む。)
専門病院入院基本料		人	日	円 (消費税含む。)

[記載上の注意]

1. 該当する番号を記載すること

- | | | |
|--------------|----------------|--------------|
| 1 急性期一般入院料 1 | 8 地域一般入院料 1 | 15 10対1入院基本料 |
| 2 急性期一般入院料 2 | 9 地域一般入院料 2 | 16 13対1入院基本料 |
| 3 急性期一般入院料 3 | 10 地域一般入院料 3 | |
| 4 急性期一般入院料 4 | 11 特別入院基本料 | |
| 5 急性期一般入院料 5 | 12 月平均夜勤時間超過減算 | |
| 6 急性期一般入院料 6 | 13 夜勤時間特別入院基本料 | |
| 7 急性期一般入院料 7 | 14 7対1入院基本料 | |

2. 2種類以上の区分に該当する場合、該当する番号を2段書きで記載し、対象者数、日数、料金については、それぞれの番号に対応するように2段書きで記載すること。

記載例	区分	対象者数	日数	料金
	1	3	20	1,200
	6	10	30	1,300

3. 本報告については、直近1年間(前年7月1日~当年6月30日)の実施状況を記載すること。なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。

4. 180日を超える入院に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。