



## 施設基準の届出の確認について（報告）

令和 年 月 日

四国厚生支局長 殿

保険医療機関 : 保険医療機関コード

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

所在地

名 称

開設者

⑩

電話番号

—

—

(担当 :

)

7月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について要件を満たしているか確認し、次の「ア」または「イ」に○をして、令和元年7月31日（水）までに郵送にて提出してください。

「イ」に○をした場合は、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入してください。

いずれかに○

ア

届け出ている施設基準の全てについて、要件を満たしています。

イ

届け出ている施設基準のうち、次のものについては、要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

<要件を満たしていない施設基準名> (記入例) 患者サポート体制充実加算

イに○をした場合にのみ記入

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。