

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

電話番号

—

—

(担当:)

8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6年9月2日（月）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」欄に、該当する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「施設基準に係る辞退届」を提出してください。