

(別紙 8)

D P C 制度からの退出に係る届出書

1. 退出年月日 (※)

令和 年 月 日

2. 退出理由

当院は、上記理由により、DPC制度から退出します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名：

所属部署：

電話番号：

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※ 退出年月日欄は、退出事由に応じて以下の日付を記載すること。

- ・ 本文第1の3の(1)のイの(イ)に該当する場合：基準を満たしていないことを厚生労働省が確認した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の3の(1)のイの(ウ)に該当する場合：再編年月日
- ・ 本文第1の4(2)の柱書に該当する場合：直近に予定されている診療報酬改定の日
- ・ 本文第1の4(2)の①アに該当する場合：別紙9の「3. DPC対象病院の基準を満たす期限」から3か月を経過した日の属する月の翌月の初日
- ・ 本文第1の4(2)の①イに該当する場合：基準を満たしていないと中央社会保険医療協議会が決定した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)の①ウ又はエに該当する場合：厚生労働省の判定後直近の6月1日
- ・ 本文第1の4(2)の②に該当する場合：入院基本料に係る施設基準の変更の届出により対象病床数が0となる日

(提出上の注意)

本届出書は、本文第1の4(2)の柱書に該当する場合は、直近に予定している診療報酬改定の6か月前までに、本文第1の4(2)の②に該当する場合は、入院基本料にかかる施設基準の変更の届出と併せて、地方厚生(支)局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。