

### 特掲診療料の施設基準に係る届出書

|           |  |
|-----------|--|
| 保険医療機関コード |  |
| 又は保険薬局コード |  |

|      |  |
|------|--|
| 届出番号 |  |
|------|--|

連絡先

担当者氏名 :

電話番号 :

(届出事項)

の施設基準に係る届出

**↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。**

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

令和  年  月  日

保険医療機関・保険薬局の所在地  
及び名称

開設者名

殿

- 備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
- 2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。
- 3 届出書は、1通提出のこと。

歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

毎年8月において、前年度の賃金改善支援の取組状況について、様式102により、「実績報告書」を作成し、報告することについて、理解しました。

本支援料による収入については全て歯科技工士の賃上げに充当することについて、誓約します。

令和  年  月  日

開設者名：

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 製作委託等を行う歯科技工所の名称

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

3 歯科技工所における賃金引き上げの方法

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

【記載上の注意】

1 「3」については、歯科技工所と連携し、可能な限り具体的に記載すること。

様式102

歯科技工所ベースアップ支援料

## 「実績報告書」

歯科技工所ベースアップ支援料を算定する歯科診療所、病院においては、別添  
1 「実績報告書」を提出すること。

(歯科技工所ベースアップ支援料) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード   
保険医療機関名

I. 提出書類の種類

実績報告書

I. 賃金改善支援実施期間及びベースアップ支援料算定期間

(1) 賃金改善支援実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月  ヶ月

(2) ベースアップ支援料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月  ヶ月

II ベースアップ支援料の算定回数

|                |     |
|----------------|-----|
| ベースアップ支援料の算定回数 | 0 回 |
| ベースアップ支援料の算定額  | 0 円 |

III 製作委託等を行った歯科技工所の名称と算定回数

| 歯科技工所名               | 算定回数                   |
|----------------------|------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> 回 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> 回 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> 回 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> 回 |

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名 :

【記載上の注意】

1 「III」において、歯科技工所ごとの算定回数については、可能な範囲で記載すること。