

別紙

【 無床診療所B 】

- ※ この用紙を「施設基準等の届出状況の報告書」に表紙として添付してください。
- ※ 全ての届出様式が提出不要に該当する場合、表紙、チェックリストも含め全て提出不要です。

整理番号

※整理番号の記入は不要です。

施設基準の届出状況等の報告について

別添のとおり報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関等の所在地及び名称

所在地

名称

開設者名

医療機関等コード

報告担当者所属課所名

報告担当者名 []

電話番号 () -

ファクシミリ番号 () -

東北厚生局長 様

チェックリスト〔施設基準等の届出状況等の報告〕

提出の有無欄にチェックマークを付して、報告書と一緒に提出してください。無にした様式については、提出不要です。

医療機関	届出様式	提出の有無	様式番号	提出の有無	様式番号	
病院	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-1①②	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 6	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 1-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	
		<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 1-3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	施設基準 (基本診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 10	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 11	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 4	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 13	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 6-1、6-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 16	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 17	
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 6	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 7	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 4			
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
	有床 診療所	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有	別紙様式 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 4-1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			別紙様式 4-2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			別紙様式 7			
施設基準 (基本診療料)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 14			
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基本診療料 15			
施設基準 (特掲診療料)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5			
保険外併用 療養費		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2				
無床 診療所 A	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	施設基準 (特掲診療料)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 8	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 9	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特掲診療料 5			
保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2				
無床 診療所 B	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 7	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 9	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 15	
	保険外併用 療養費	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 3	
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険外併用療養費 2			
歯科	別紙様式	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 5	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	別紙様式 12	
	施設基準	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・初診料の注1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	歯科・歯援診	

※ 様式番号は連続した番号となっております。

医療機関コード:

医療機関名称:

(別紙様式7)

予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出報告書

(令和3年7月1日現在)

届出している場合のみ提出。
なお、捨印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

	料金額(消費税込)	開始年月日
予約に基づく診察	円	
時間外診察	円	

※ 開始年月日欄には、現在の料金額の徴収を開始した年月日を記入してください。

(別紙様式9)

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって
別に厚生労働大臣が定めるものの実施報告書
(令和3年7月1日現在)

届出している場合のみ提出。
なお、捨印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

診療の名称	施設基準の届出受理年月日及び受理番号	患者からの徴収額(税込)
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円
	年 月 日 ()第 号	円

注1 「診療の名称」欄については、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」(平成18年厚生労働省告示第498号)第7の8に掲げる名称を記載すること。

注2 「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月5日保医発0305第3号)の規定に基づく地方厚生(支)局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。

ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない場合は、記載する必要がないこと。

(別紙様式 1 2)

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

(令和 3 年 7 月 1 日現在)

都道府県名

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。	
保険医療機関の名称	
医科・歯科の別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科
明細書を無料で 交付していない患者 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 全ての患者 <input type="checkbox"/> 2. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している <input type="checkbox"/> 2. 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要
明細書発行に ついての状況	費用徴収の有無 (該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
	費用徴収を行っている 場合その金額 <p style="text-align: right;">円</p>

※ 本報告は、令和 3 年 7 月 1 日時点で「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令 第15号）第 5 条の 2」の明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

※ 平成30年 4 月 1 日より、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、患者から求めがない場合でも、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされています。

(病院である保険医療機関及び保険薬局は、平成30年 4 月 1 日より全面義務化のため報告不要)

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する
多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書

都道府県名

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

多焦点眼内レンズの種類(販売名)	承認番号	実施回数	患者からの徴収額(消費税を含む。)
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円
		回	円

〔記載上の注意〕

1. 本報告については、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。
2. 「承認番号」について、医薬品医療機器等法上の承認番号を記載すること。
3. 「実施回数」について、同じ患者に対して両眼に本療養を実施した場合は2回として計数すること。
4. 「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金(1眼当たり)として医療機関内に掲示した金額を記入すること。
5. 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給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。

医薬品の治験に係る実施報告書

(令和3年7月1日現在)

実績のある場合のみ提出。
なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験薬の名称 ・効能効果	内・注・外	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験薬の名称」について、一般名が決定している場合は一般名を、それ以外の場合は治験薬のコード番号を記載してください。
3. 「効能効果」については、当該治験薬の予定される効能又は効果を記載してください。
4. 「内・注・外」については、内服薬、注射薬、外用薬のいずれかを記載してください。
5. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
6. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
7. 本報告については、直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)の実施状況を記載してください。

医療機器の治験に係る実施報告書

(令和3年7月1日現在)

実績のある場合のみ提出。
なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験医療機器の名称	治験医療機器の使用目的又は効果	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

- 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
- 「治験医療機器の名称」については、治験医療機器の識別記号を記載してください。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他〇〇」等として適切と判断される名称を付記してください。
- 「使用目的又は効果」については、当該治験医療機器の予定される使用目的又は効果を記載してください。
- 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
- 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
- 本報告については、直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)の実施状況を記載してください。

再生医療等製品の治験に係る実施報告書

(令和3年7月1日現在)

実績のある場合のみ提出。
なお、捺印や訂正印は押さないこと。

保険医療機関名

保険医療機関コード

治験依頼者名	治験製品の名称	治験製品の 効能、効果又は性能	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	
				人	
				人	
				人	
				人	

1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載してください。
2. 「治験製品の名称」については、治験製品の識別記号を記載してください。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他〇〇」等として適切と判断される名称を付記してください。
3. 「効能、効果又は性能」については、当該治験製品の予定される効能、効果又は性能を記載してください。
4. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載してください。
5. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えありません。
6. 本報告については、直近1年間(令和2年7月1日～令和3年6月30日)の実施状況を記載してください。