

初診等の保険外併用療養費届出状況報告書

【注】様式は本紙含め2枚あります。必ず2枚記入してください。

(令和6年8月1日現在)

都道府県名

1. 医療機関の情報等について

保険医療機関名			
医療機関コード ※レセプトに記載する7桁の数字を記載。 (該当するものに☑、併設の場合は両方に☑、各コードを記入。)	(チェック欄)	(医療機関コード欄)	
	<input type="checkbox"/> 1. 医科 <input type="checkbox"/> 2. 歯科	医科	歯科
報告種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 1. 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院（2. を除く。） <input type="checkbox"/> 2. 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関 (一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。)		
病床数	床	うち	一般病床
			床

2. 特別の料金の徴収額について

1. 初診に係る特別の料金 (報告しているものに☑の上、料金額を記入)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 円（消費税含む） / <input type="checkbox"/> 2. 歯科 円（消費税含む）
	時間帯別や年齢別など、 特定の場合について 別の額を設定している場合、 その額及び要件。 (上段と併せて記入)
2. 再診に係る特別の料金 (報告しているものに☑の上、料金額を記入)	<input type="checkbox"/> 1. 医科 円（消費税含む） / <input type="checkbox"/> 2. 歯科 円（消費税含む）
	時間帯別や年齢別など、 特定の場合について 別の額を設定している場合、 その額及び要件。 (上段と併せて記入)

※初診や再診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。

※料金の設定を行っていない場合は「0」を記載すること。