

(別紙6)

D P C 対象病院等の対象病床数変更に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院 _____ は、

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に対象病床数の変更を予定しています。

対象病床数変更後もD P C対象(準備)病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。

申請内容(該当する項目の□をチェックすること。)

- 変更(予定)年度の前年10月1日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が合計200床以上増減
- 変更(予定)年度の前年10月1日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が2倍以上又は2分の1以下

平成 _____ 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

印

(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

(提出上の注意)

- 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙7「D P C対象病院等の対象病床数変更に係る申請書(別紙)」を添付して提出すること。
- 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。