

(別紙様式1)

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書 (入院医療に係るもの)

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード

〒 -

保険医療機関の
所在地・連絡先

TEL () -

保険医療機関名称

開 設 者 名

印

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

区 分	費用徴収を行わない病床数	費用徴収を行うこととしている病床		
		計	内 訳	金 額
個 室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
2 人 室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
3 人 室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
4 人 室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
			床	円
合 計		①	床	

②全病床数	床
費用徴収病床割合 (①÷②)	%

- 注1 病床数については、「費用徴収を行わない病床数」、「費用徴収を行うこととしている病床」、「全病床数」の全てについて、健康保険法第63条第3項第1号の指定に係る病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等を除く。）について記載すること。
- 注2 「費用徴収を行うこととしている病床」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。
- 注3 「費用徴収病床割合」欄については、小数点以下第2位を四捨五入した数を記載すること。