

8月1日報告チェックリスト（歯科版）

以下の表で自院が届け出ている項目がある場合、必要な報告様式を8月31日（月）までに提出してください。

表に記載がない届出項目については特に報告を求める報告書はありません。自己点検の結果、施設基準を満たしていないものがある場合に限り、「施設基準の届出の確認について（報告）」を提出してください。

また、備考欄に報告が不要となる場合についての説明がありますので併せてご確認ください。複数ページとなる報告様式は片面印刷で提出してください。

項番	種別	受理記号	施設基準名称	届出の有無	報告様式 整理番号	報告様式名	提出の有無	備考
1	特掲診療料	歯援診1	在宅療養支援歯科診療所1	☐	4-2	在宅療養支援歯科診療所1若しくは2又は在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る報告書（別紙様式19）	☐	
2	特掲診療料	歯援診2	在宅療養支援歯科診療所2	☐	4-2	在宅療養支援歯科診療所1若しくは2又は在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る報告書（別紙様式19）	☐	
3	特掲診療料	歯援病	在宅療養支援歯科病院	☐	4-2	在宅療養支援歯科診療所1若しくは2又は在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る報告書（別紙様式19）	☐	
4	保険外併用療養費		特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）	☐	4-3	特別の療養環境提供に係る届出状況報告書（別紙様式4-2）※外来医療に係るもの	☐	
5	保険外併用療養費		予約に基づく診察	☐	4-4	保険外併用療養費（予約に基づく診察等・表示する診療時間以外の時間における診察・医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療）	☐	
6	保険外併用療養費		保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察（時間外診察）	☐	4-4	保険外併用療養費（予約に基づく診察等・表示する診療時間以外の時間における診察・医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療）	☐	
7	保険外併用療養費		医薬品の治験	☐	4-5	医薬品の治験に係る実施報告書（別紙様式6）	☐	対象期間中に治験を実施していない場合は報告不要
8	保険外併用療養費		医療機器の治験	☐	4-6	医療機器の治験に係る実施報告書（別紙様式8）	☐	対象期間中に治験を実施していない場合は報告不要
9	保険外併用療養費		再生医療等製品の治験	☐	4-7	再生医療等製品の治験に係る実施報告書（別紙様式15）	☐	対象期間中に治験を実施していない場合は報告不要
10	その他		明細書の発行に係る「正当な理由」に該当する旨を届け出ている診療所	☐	4-8	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（別紙様式9）	☐	該当しない場合は報告不要