医科（無床診療所）・歯科

別紙２－２

該当するものに○をしてください

**施設基準の届出の確認について（報告）**

８月１日現在、貴院が届け出ている施設基準について、次の「ア」または「イ」のいずれに該当するかご確認ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ア　届け出ている施設基準のすべてについて、要件を**  **満たしている場合** | | |  | **提出不要** | | | |
|  | | |  |  | | | |
| **イ　届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合** | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | **下の報告欄の　 枠 内 　に要件を満たしていない施設基準名を**  **記入のうえ、提出してください。** | | |  | |

|  |
| --- |
| **届け出ている施設基準のうち、次のものについては、施設基準の要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）** |
| **＜要件を満たしていない施設基準名＞**　（記入例）地域包括診療加算 |
| **※　記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。** |

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

東海北陸厚生局長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

保険医療機関　：　保険医療機関コード

所在地

名　称

開設者

電話番号　　　　　―　　　　 ―　 　　　（担当：　　　　　　）