

(別紙様式 6 1 枚目)

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7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)	
	☐ 1. 医科 ☐ 2. 歯科	医科	歯科
報告種別 (該当するものに☑)	☐ 1. 200床(一般病床に係るものに限る。)以上の病院(2.を除く。) ☐ 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)	☐ 1. 医科 ☐ 2. 歯科
	円 (消費税含む) / 円 (消費税含む)
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)	☐ 1. 医科 ☐ 2. 歯科
	円 (消費税含む) / 円 (消費税含む)

※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。

医療機関コード	
医科	
歯科	

3. 初診等に係る特別の料金の徴収状況等について

		初診		再診	
		医科(名)	歯科(名)	医科(名)	歯科(名)
①	初診又は再診の患者数				
②	①のうち、紹介状なしの患者又は他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者数				
③	②のうち、特別の料金を徴収した患者数				
④	②のうち、特別の料金を徴収しなかった患者数				

4. 初診等に係る特別の料金を徴収しなかった患者(3の④)の内訳について

(注)

- 患者が(1)及び(2)に該当する場合は(1)に記載してください。
- (1)①～⑤、(2)①～⑩については、それぞれに該当した人数を記載してください(複数回答可)。
- (2)(3)を記載する場合、特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関については、(1)(2)(3)の合計が3.④の数と等しくなるよう、ご注意ください。

		初診		再診	
		医科(名)	歯科(名)	医科(名)	歯科(名)
(1) 特別の料金の徴収を行うことは認められない患者					
①	救急の患者				
②	国の公費負担医療制度の受給対象者				
③	地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る)				
④	無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者				
⑤	エイズ拠点病院におけるHIV感染者				
(2) 特別の料金の支払いを求めないことができる患者(※2)					
①	自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者				
②	医科と歯科との間で院内紹介された患者				
③	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者				
④	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者				
⑤	外来受診から継続して入院した患者				
⑥	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者				
⑦	治験協力者である患者				
⑧	災害により被害を受けた患者				
⑨	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者				
⑩	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 (4)に具体的な理由及び患者数を記載すること)				
(3) (1) 及び (2) 以外の理由により特別の料金を徴収しなかった患者(説明をしても同意が得られなかった患者等)(※2)					
合計					

(4) (2) の⑩の具体的な理由及び患者数(主な理由及び当該事例により特別の料金を徴収しなかった患者数を記載(上位3つ))(※2)

		初診		再診	
		医科(名)	歯科(名)	医科(名)	歯科(名)
1					
2					
3					

〔記載上の注意〕

- ※1 3 から 4 については、前年度(令和6年4月1日～令和7年3月31日)の実施状況を記載すること。
- ※2 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関以外の病院については、可能な範囲で4の(2)～(4)を記載すること。
- ※3 患者数については、延べ人数を記載すること。