

酸素の購入価格に関する届出書（令和 年度）

[記載上の注意事項]

- 1 届出は、当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
- 2 対価は、実際に購入した価格（消費税を含む。）を記載すること。
なお、平成26年4月1日から令和元年9月30日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に108分の110を乗じて得た額の1円未満の端数を四捨五入した額とする。

1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績がある場合

| 購入年月 | 定置式液化酸素貯槽 (C E) | | 可搬式液化酸素容器 (LGC) | | 大型ボンベ (3,000L超) | | 小型ボンベ (3,000L以下) | |
|-------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|---------------------|-------------|
| | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (円) | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (円) | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (円) | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (円) |
| 年 1 月 | | | | | | | | |
| 2 月 | | | | | | | | |
| 3 月 | | | | | | | | |
| 4 月 | | | | | | | | |
| 5 月 | | | | | | | | |
| 6 月 | | | | | | | | |
| 7 月 | | | | | | | | |
| 8 月 | | | | | | | | |
| 9 月 | | | | | | | | |
| 10 月 | | | | | | | | |
| 11 月 | | | | | | | | |
| 12 月 | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | | |
| 単価 | | | | | | | | |

2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合（当該診療月前の酸素の購入実績）

| 購入年月 | 定置式液化酸素貯槽 (C E) | | 可搬式液化酸素容器 (LGC) | | 大型ボンベ (3,000L超) | | 小型ボンベ (3,000L以下) | |
|------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|---------------------|-------------|
| | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (円) | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (円) | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (円) | 購入容積 (リットル) | 購入対価 (円) |
| 年 月 | | | | | | | | |
| 単価 | | | | | | | | |

3 その他

| | |
|-------|--------------|
| 購入業者名 | 種類（液化酸素、ボンベ） |
| | |
| | |
| | |

上記のとおり届出します。

年 月 日

| | |
|---------|--|
| 医療機関コード | |
|---------|--|

所在地

保険医療機関 名 称

開設者

東海北陸厚生局長 殿

*記載内容について照会する場合がありますので、電話番号と担当者名を記載いただきますようお願いします。
電話番号： () 担当者名：