

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
------------------------	--	------	--

連絡先

担当者氏名 :

電話番号 :

(届出事項)

の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

☐

当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐

当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。☐☐

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称

開設者名

殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。