基本診療料の施設基準等に係る届出書

| B険医療機関コード 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 |
| □ 当該届出を行う前6月間において当該届と 令の規定に基づくものに限る。)を行った。 | 出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法 ことがないこと。 |
| | II及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労 基準に違反したことがなく、かつ現に違反して |
| □ 当該届出を行う前6月間において、健康係 関する法律第72条第1項の規定に基づく検査 し、不正又は不当な行為が認められたことが | 荃等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に 関 |
| | 、臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員 定する入院患者数の基準に該当する保険医療機 医療機関でないこと。 |
| 標記について、上記基準のすべてに適合してい | い るので、別添の様式を添えて届出します。 |
| 年 月 日 | |
| 保険医療機関の所在地 及び名称 | |
| | 開設者名 |
| 殿 | |

3 届出書は、1通提出のこと。