

様式12の4

有床診療所入院基本料の夜間緊急体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

No	保険医登録番号	医療機関名	氏 名	担当する曜日・時間帯

[記載上の注意]

- 1 有床診療所入院基本料の届出書の写しを添付すること。
- 2 当該診療所の医師の場合は氏名を、他の医療機関と連携して実施する場合は医療機関名を記入すること。
- 3 入院患者への説明のための文書の例について添付すること。