

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

(連絡先)

担当者氏名：

電話番号：

届出番号	(画歯)第 号
------	---------

[画像診断管理加算] 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。
- 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険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るのので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

医療機関コード（ , , ）

保険医療機関の所在地

名 称

開設者名

印

東京社会保険事務局長 殿

備考 ・ この届出書は、裏面にも記載のうえ、正副2通ご提出ください。

・ □には、適合する場合「√」を記入して下さい。

事務局記載欄	算定開始：		事由： 新規指定 ・ 遡及指定 ・ 新規届出 ・ 点数改正			
	既届：地歯	同時届：地歯	旧機関届：地歯			
	照会					確 入 照

画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（1名以上）
常勤歯科医師の氏名
3 地域歯科連携診療支援病院歯科初診料の届出年月日
平成 年 月 日

[記載上の注意]

「2」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。