

特掲診療料の施設基準に係る届出書

<p>(連絡先)</p> <p>担当者氏名： _____</p> <p>電話番号： _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">届 出 番 号</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(事務局記載欄)</td> <td style="text-align: center;">(矯診) 第 _____ 号</td> </tr> </table>	届 出 番 号		(事務局記載欄)	(矯診) 第 _____ 号
届 出 番 号					
(事務局記載欄)	(矯診) 第 _____ 号				
<p><b>〔歯科矯正診断料〕</b> の施設基準に係る届出</p>					
<p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているもので、届出します。</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>医療機関コード ( _____ , _____ )</p> <p>保険医療機関の所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">開設者名 _____ 印</p> <p>東京社会保険事務局長 殿</p>					
<p>備考 ・ この届出書は、裏面にも記載のうえ、2通ご提出ください。</p> <p>・ 更生医療の指定書の写しを添付してください。</p> <p>・ <input type="checkbox"/>には、適合する場合「√」を記入してください。</p>					

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
	照会： _____	確 入 照

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者自立支援法の規定に基づく指 定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 平成		
検査機器の 設置状況等	歯 科 矯 正 セファログラム 機 器	機器名:	
専任の 常勤歯科医師	氏  名		
顎切除等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	所在地:		
人数	_____ 名		