

別添 7

基本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 (事務局記載欄)	(地歯初) 第	号
------------------	---------	---

[地域歯科診療支援病院歯科初診料] 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、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： 遡及指定 ・ 新規届出 ・ 点数改正

照会：

確 入 照

様式 3

地域歯科診療支援病院歯科初診の施設基準に係る届出書添付書類

年・月	初診の患者 の数①	文書により 紹介された 患者の数②	常勤歯科 医師数	看護職員数	歯科 衛生士数
年 月	名	名	名	名	名

紹介率 = ( ② / ① ) × 100% =  %

地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件			
歯科点数表区分	件 数	歯科点数表区分	件 数
JO 1 3 の 4	件	JO 4 3	件
JO 1 6	件	JO 6 6	件
JO 1 8	件	JO 6 8	件
JO 3 1	件	JO 6 9	件
JO 3 2	件	JO 7 0	件
JO 3 5	件	JO 7 2	件
JO 3 6	件	JO 7 5	件
JO 3 9	件	JO 7 6	件
JO 4 2	件	JO 8 7	件