

保医発 0201 第 1 号
令和 3 年 2 月 1 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

」殿

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

行政手続きに係る押印を不要とする取扱いについて

令和 2 年 7 月 17 日に閣議決定された「規制改革実施計画」において、原則として法令等又は慣行により、国民や事業者等に対して紙の書面の作成・提出等を求めているもの、押印を求めているもの、又は対面での手続を求めているものについて、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正を行うこととされている。

これを踏まえ、以下の通知において、国民や事業者等に対して押印を求めている手続について、当該押印を不要とする改正を、それぞれ別添 1 から別添 3 までのとおり行うこととしたので、貴管下の保険医療機関、訪問看護ステーション及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号）
- ・「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号）
- ・「DPC 制度への参加等の手続きについて」（令和 2 年 3 月 27 日保医発 0327 第 6 号）

「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」

(令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号) の一部改正について

別紙様式 1 から別紙様式 6 までを次のように改める。

当該改正は本通知の発出日から適用されるものとする。

旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

別紙様式 1

精神科訪問看護基本療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

		受理番号	(訪看10)	号
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	
(届出事項) 精神科訪問看護基本療養費に係る届出				
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 地方厚生（支）局長 殿				
届出内容				
指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称			ステーションコード	
管理者の氏名				
当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等				
氏 名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容		
		(1) () 経験内容：_____ (2) () 経験内容：_____ (3) () 経験内容：_____ (4) () 経験内容：_____		
		(1) () 経験内容：_____ (2) () 経験内容：_____ (3) () 経験内容：_____ (4) () 経験内容：_____		
		(1) () 経験内容：_____ (2) () 経験内容：_____ (3) () 経験内容：_____ (4) () 経験内容：_____		
※職種とは、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。 ※経験内容は、以下の(1)～(4)うち該当するものに○を付した上で、具体的かつ簡潔に記載すること。 (1)精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験 1年以上 (2)精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験 1年以上 (3)精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験 1年以上 (4)精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上の研修の修了 (研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。)				

別紙様式 2

24 時間対応体制加算・特別管理加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号 (訪看23、25) 号			
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
(届出事項) 1. 24時間対応体制加算 2. 特別管理加算 上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 地方厚生（支）局長 殿			
ステーションコート 指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称 管理者の氏名			

1. 24時間対応体制加算に係る届出内容

○連絡相談を担当する職員（ ）人

保健師	人	常勤	人	非常勤	人
助産師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人

○連絡方法

○連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

※ 連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。

※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。

2. 特別管理加算に係る届出内容

○24時間対応体制加算を算定できる体制を整備している。
既届出の場合：受理番号（ ）、本届出による。（有、無）
○当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。（有、無）
○病状の変化、医療機器に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。（有、無）

備考：「２．特別管理加算」単独の届出は、認められないこと。

別紙様式 3

24 時間対応体制加算（基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域）に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先① 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）
連絡先② 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

		受理番号		(訪看23)		号	
受付年月日		年 月 日		決定年月日		年 月 日	
(届出事項) 24時間対応体制加算 (基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域)							
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者の所在地及び名称							
①		代表者の氏名					
②		代表者の氏名					
地方厚生（支）局長 殿							
		①			②		
ステーションコード*							
指定訪問看護 ステーション の所在地及び 名称		()基準告示第 3 ()医療資源の少ない地域			()基準告示第 3 ()医療資源の少ない地域		
管理者の氏名							
※ 基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域のうち、 該当するものに○を付すこと。（両方に該当する場合は両方に○を付すこと。）							
1. 24時間対応体制加算に係る届出内容							
○連絡相談を担当する職員（ ）人（①・②訪問看護ステーションの合計）							
訪問看護 ステーション		①			②		
連絡相談を 担当する職員		人			人		
保健師		人	常勤	非常勤	人	常勤	非常勤
助産師		人	常勤	非常勤	人	常勤	非常勤
看護師		人	常勤	非常勤	人	常勤	非常勤
○連絡方法							
○連絡先電話番号							
1	()			1	()		
2	()			2	()		
3	()			3	()		

※ 連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。
※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。

別紙様式 4

訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書
(届出・変更・取消し)

連絡先 担当者氏名：() 電話番号：()

受理番号	(訪看26) 号
------	----------

受付年月日	年 月 日
-------	-------

決定年月	年 月 日
------	-------

(届出事項)	1. 緩和ケア	2. 褥瘡ケア	3. 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 地方厚生(支)局長 殿			

届出内容

指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称	ステーションコード
管理者の氏名	
1 緩和ケアに関する専門研修	
氏名	氏名
2 褥瘡ケアに関する専門研修	
氏名	氏名
3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門研修	
氏名	氏名
備考：1、2又は3の専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。	

別紙様式 5

精神科重症患者支援管理連携加算・精神科複数回訪問加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

		受理番号		（訪看 27、28 ）		号	
受付年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日
(届出事項) 1. 精神科重症患者支援管理連携加算 2. 精神科複数回訪問加算							
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 地方厚生（支）局長 殿							
ステーションコード							
指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称		管理者の氏名					
1. 精神科訪問看護基本療養費に係る届出内容							
○届出状況		本届出時に提出		・		既届出：受理番号（ ）	
2. 24 時間対応体制加算に係る届出内容							
○届出状況		有 （ 本届出時に提出		・		既届出：受理番号（ ）	
		無					
※ 精神科複数回訪問加算を届け出る場合は、24 時間対応体制加算を届け出ている必要がある。							
備考：24 時間対応体制加算を届け出ている場合であって、精神科重症患者支援管理連携加算を届け出る場合は、連携する保険医療機関が 24 時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制であることが確認できる文書を添付すること。							

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号

（訪看 29、30、31）

号

受付年月日

年

月

日

決定年月日

年

月

日

（届出事項）

1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1

2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2

3. 機能強化型訪問看護管理療養費 3

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長 殿

ステーションコード

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）

同一敷地内に設置されている指定居宅介護支援事業所、
特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の
所在地及び名称（機能強化型 1・2）

管理者の氏名

同一敷地内に設置されている療養通所介護事業所、
児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の
所在地及び名称（機能強化型 1・2）

管理者の氏名

同一開設者で同一敷地内に設置されている保険医療機関の
所在地及び名称（機能強化型 3）

1. 看護職員数（機能強化型 1・2・3）

	実人数	常勤換算後の員数
常勤看護職員（人）		
うち、出張所の員数		
非常勤看護職員（人）		
うち、出張所の員数		

※常勤とは、当該訪問看護ステーションにおける勤務時間が、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週当たり 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする）に達していることをいう。

※非常勤看護職員については、実人数に加えて、常勤換算後の員数（当該訪問看護ステーションにおける勤務延時間数を、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数で除して得た数）を記載すること。

（機能強化型 1・2 のみ）

人員基準で求める常勤看護職員数（機能強化型 1 では 7 人、機能強化型 2 では 5 人）への非常勤看護職員の算入の有無	有 ・ 無
---	-------

※非常勤看護職員は、常勤換算した 1 人分を常勤看護職員数に算入することが可能。

常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号

氏 名	職 種	免許証番号

※療養通所介護事業所、児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の常勤職員については、当該事業所名を「職種」欄に併せて記載すること。

2. 看護職員の割合（機能強化型 1・2・3）

看護職員の員数（①）	理学療法士等の員数（②）	看護職員の割合（①／（①＋②）×100）
人	人	%

※当該訪問看護ステーションにおける職員について、常勤換算した保健師・助産師・看護師・准看護師の員数を①に、常勤換算した理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の員数を②に記載した上で、割合を算出すること。

3. 24 時間対応体制の整備（機能強化型 1・2・3）

24 時間対応体制加算の届出状況	本届出時	・	既届出:受理番号()
------------------	------	---	-------------

4. ターミナルケアの実施状況（機能強化型1・2）

前年度（ ）年度）のターミナルケアの実施件数（ ）件／年度）

月	A	B	C	D	月	A	B	C	D
4月					10月				
5月					11月				
6月					12月				
7月					1月				
8月					2月				
9月					3月				

※各月について、以下のA～Dの件数をそれぞれ記載する。A～Dの複数に該当する利用者にあつては、最も該当する1項目に計上すること。

- A 訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者
- B ターミナルケア加算を算定した利用者
- C 共同で訪問看護を行った保険医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定した利用者
- D 7日以内の入院を経て連携する医療機関で死亡した利用者

5. 15歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ状況（機能強化型1・2）

直近3ヶ月間の月別15歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ人数

年 月	超重症児	準超重症児	合計（人）
年 月			
年 月			
年 月			

6. 特掲診療料等の施設基準等の別表7・別表8に該当する利用者等の状況（機能強化型1・2・3）

【機能強化型1・2】

1月当たりの別表7に該当する利用者数（ ）人／月）※②の再掲

①	直近1年間における、別表7に該当する利用者数の合計	人
②	1月当たりの別表7に該当する利用者数（①／12）	人

直近1ヶ月間における別表7に該当する利用者の疾患名又は状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

【機能強化型 3】

(1) 又は (2) のいずれかを記載すること。

(イ) ～ (ニ) の複数に該当する利用者にあつては、最も該当する 1 項目に計上すること。

(イ) 別表 7 に該当する利用者

(ロ) 別表 8 に該当する利用者

(ハ) 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者

(ニ) 複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者

(1) 1 月当たりの (イ)、(ロ)、(ハ) に該当する利用者数 合計 (____人/月) ※②の再掲

	直近 1 年間における、該当利用者数の合計 (①)	1 月当たりの該当利用者 (①/12)
(イ)	人	人
(ロ)	人	人
(ハ)	人	人
合計	人	人 (②)

(2) 1 月当たりの (ニ) に該当する利用者数 合計 (____人/月) ※②の再掲

	直近 1 年間における、該当利用者数の合計 (①)	1 月当たりの該当利用者 (①/12)
(ニ)	人	人 (②)

直近 1 ヶ月間における別表 7 に該当する利用者の疾患名又は状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※ (1) で別表 7 に該当する利用者を計上した場合に記載する。

直近 1 ヶ月間における別表 8 に該当する利用者の状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※ (1) で別表 8 に該当する利用者を計上した場合に記載する。

7. 介護サービス計画、サービス等利用計画等の作成状況（機能強化型1・2）

（1）又は（2）のいずれかを記載すること。

利用者数には医療保険及び介護保険による利用者を含めること。

（1）居宅介護支援事業所における介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成状況

①	直近1年間における当該訪問看護ステーションを利用した利用者のうちの、要介護・要支援者数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により居宅サービス計画又は介護予防サービス計画が作成された利用者数	人
③	当該居宅介護支援事業所による居宅サービス計画・介護予防サービス計画の作成割合（②／①×100）	%

（2）特定相談支援事業所におけるサービス等利用計画又は障害児相談支援事業所における障害児利用支援計画の作成状況

①	直近1年間における当該訪問看護ステーションを利用した利用者のうちの、障害福祉サービスや障害児支援を利用している者の数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によりサービス等利用計画又は障害児利用支援計画が作成された利用者数	人
③	当該特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によるサービス等利用計画又は障害児利用支援計画の作成割合（②／①×100）	%

8. 情報提供や研修等の実績（直近1年）

機能強化型1及び2は（1）を、機能強化型3は（2）及び（3）を記載すること。

（1）地域住民等に対する情報提供や相談対応、人材育成のための研修（機能強化型1・2）

期 間	対象及び人数	研修名等
例. ●年●月●日～●年●月●日	●●大学 ●年生●名	地域・在宅看護論実習

（2）地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修（機能強化型3）

期 間	対象及び人数	研修名等
例. ▲年▲月▲日	▲▲病院 看護職員▲名	退院支援、訪問看護研修

（3）地域の訪問看護ステーション又は住民等に対する情報提供及び相談対応（機能強化型3）

期 間	対象及び人数	研修名等
例. ◆年◆月◆日	◆◆市◆◆地区 住民◆名	在宅での療養生活講座

9. 地域の保険医療機関の看護職員の勤務実績（直近1年）（機能強化型3）

期 間	勤務者氏名	保険医療機関名（①）

10. 9. の保険医療機関（①）以外の保険医療機関と共同して実施し、算定した退院時共同指導加算の件数（直近3月）（機能強化型3）

年 月	件 数
年 月	件
年 月	件
年 月	件

11. 同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されている場合、当該保険医療機関以外の医師を主治医とする利用者数の割合（直近3月）（機能強化型3）

同一敷地内における同一開設者の保険医療機関の設置（ 有 ・ 無 ）

直近3ヶ月間における割合（①／②×100）（ _____ %）

年 月	同一敷地内・同一開設者の医療機関以外の 医師を主治医とする利用者数	1月当たりの訪問看護ステーションの 利用者数
年 月	人	人
年 月	人	人
年 月	人	人
3ヶ月間の合計	人（①）	人（②）

※同一敷地内における同一開設者の保険医療機関の設置がない場合は、利用者数等の記入は必要ない。
利用者数には医療保険及び介護保険による利用者を含める。

備考：機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3において、それぞれの届出基準に該当する箇所に必要事項を記入すること。

：常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号、特掲診療料の施設基準等の別表7及び別表8に該当する利用者の疾患名又は状態、情報提供や研修等の実績、地域の保険医療機関の看護職員の勤務実績については、記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

(別添1 参考)

○「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月5日保医発0305第4号)の一部改正について

(網掛部分が改正部分)

改正後	改正前																																												
別紙様式1 別紙様式1 精神科訪問看護基本療養費に係る届出書(届出・変更・取消し) 連絡先 担当者氏名: () 電話番号: () <table border="1"><tr><td>受理番号</td><td>(訪看10)</td><td>号</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>受付年月日</td><td>年 月 日</td><td>決定年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table> (届出事項) 精神科訪問看護基本療養費に係る届出 上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 地方厚生(支)局長 殿 届出内容 <table border="1"><tr><td>指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称</td><td>ステーションコード</td><td>管理者の氏名</td></tr></table> 当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等 <table border="1"><thead><tr><th>氏 名</th><th>職種</th><th>当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____</td></tr><tr><td></td><td></td><td>(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____</td></tr><tr><td></td><td></td><td>(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____</td></tr></tbody></table> ※職種とは、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。 ※経験内容は、以下の(1)～(4)うち該当するものに○を付した上で、具体的かつ簡潔に記載すること。 (1)精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験 1年以上 (2)精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験 1年以上 (3)精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験 1年以上 (4)精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上の研修の修了 (研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。)	受理番号	(訪看10)	号	受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称	ステーションコード	管理者の氏名	氏 名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容			(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____			(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____			(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____	別紙様式1 精神科訪問看護基本療養費に係る届出書(届出・変更・取消し) 連絡先 担当者氏名: () 電話番号: () <table border="1"><tr><td>受理番号</td><td>(訪看10)</td><td>号</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>受付年月日</td><td>年 月 日</td><td>決定年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table> (届出事項) 精神科訪問看護基本療養費に係る届出 上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 地方厚生(支)局長 殿 印 届出内容 <table border="1"><tr><td>指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称</td><td>ステーションコード</td><td>管理者の氏名</td></tr></table> 当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等 <table border="1"><thead><tr><th>氏 名</th><th>職種</th><th>当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____</td></tr><tr><td></td><td></td><td>(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____</td></tr><tr><td></td><td></td><td>(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____</td></tr></tbody></table> ※職種とは、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。 ※経験内容は、以下の(1)～(4)うち該当するものに○を付した上で、具体的かつ簡潔に記載すること。 (1)精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験 1年以上 (2)精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験 1年以上 (3)精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験 1年以上 (4)精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上の研修の修了 (研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。)	受理番号	(訪看10)	号	受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称	ステーションコード	管理者の氏名	氏 名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容			(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____			(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____			(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____
受理番号	(訪看10)	号																																											
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日																																										
指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称	ステーションコード	管理者の氏名																																											
氏 名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容																																											
		(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____																																											
		(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____																																											
		(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____																																											
受理番号	(訪看10)	号																																											
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日																																										
指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称	ステーションコード	管理者の氏名																																											
氏 名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容																																											
		(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____																																											
		(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____																																											
		(1) () 経験内容: _____ (2) () 経験内容: _____ (3) () 経験内容: _____ (4) () 経験内容: _____																																											

改正後

別紙様式 2

別紙様式 2

24 時間対応体制加算・特別管理加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

		受理番号	(訪看23、25)	号
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	
(届出事項)				
1. 24時間対応体制加算		2. 特別管理加算		
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 地方厚生（支）局長 殿 ステーションコード* 指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称 管理者の氏名				

1. 24時間対応体制加算に係る届出内容

○連絡相談を担当する職員（ ）人

保健師	人	常勤	人	非常勤	人
助産師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人

○連絡方法

--	--	--	--	--	--

○連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

※ 連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。

※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。

2. 特別管理加算に係る届出内容

○24時間対応体制加算を算定できる体制を整備している。

既届出の場合：受理番号（ ）、本届出による。（有、無）

○当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。（有、無）

○病状の変化、医療機器に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。（有、無）

備考：「2. 特別管理加算」単独の届出は、認められないこと。

改正前

別紙様式 2

別紙様式 2

24 時間対応体制加算・特別管理加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

		受理番号	(訪看23、25)	号
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	
(届出事項)				
1. 24時間対応体制加算		2. 特別管理加算		
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名 印 地方厚生（支）局長 殿 ステーションコード* 指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称 管理者の氏名				

1. 24時間対応体制加算に係る届出内容

○連絡相談を担当する職員（ ）人

保健師	人	常勤	人	非常勤	人
助産師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人

○連絡方法

--	--	--	--	--	--

○連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

※ 連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。

※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。

2. 特別管理加算に係る届出内容

○24時間対応体制加算を算定できる体制を整備している。

既届出の場合：受理番号（ ）、本届出による。（有、無）

○当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。（有、無）

○病状の変化、医療機器に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。（有、無）

備考：「2. 特別管理加算」単独の届出は、認められないこと。

改正後

別紙様式 3

別紙様式 3

24 時間対応体制加算（基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域）に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先① 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）
連絡先② 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

		受理番号	(訪看 23)		号
受付年月日	年 月 日		決定年月日	年 月 日	
(届出事項) 24 時間対応体制加算 (基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域)					
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者の所在地及び名称					
①	代表者の氏名				
②	代表者の氏名				
地方厚生（支）局長 殿					
ステーションコード*	①		②		
指定訪問看護ステーションの所在地及び名称	() 基準告示第 3 () 医療資源の少ない地域 () 基準告示第 3 () 医療資源の少ない地域				
管理者の氏名					
※ 基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域のうち、該当するものに○を付すこと。（両方に該当する場合は両方に○を付すこと。）					
1. 24 時間対応体制加算に係る届出内容					
○連絡相談を担当する職員（ ）人（①・②訪問看護ステーションの合計）					
訪問看護ステーション連絡相談を担当する職員	①		②		
保健師	人	常勤	人	非常勤	人
助産師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人
○連絡方法					
○連絡先電話番号					
1	()	1	()		
2	()	2	()		
3	()	3	()		
※ 連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。 ※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。					

改正前

別紙様式 3

別紙様式 3

24 時間対応体制加算（基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域）に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先① 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）
連絡先② 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

		受理番号	(訪看 23)		号
受付年月日	年 月 日		決定年月日	年 月 日	
(届出事項) 24 時間対応体制加算 (基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域)					
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 指定訪問看護事業者の所在地及び名称					
①	代表者の氏名 印				
②	代表者の氏名 印				
地方厚生（支）局長 殿					
ステーションコード*	①		②		
指定訪問看護ステーションの所在地及び名称	() 基準告示第 3 () 医療資源の少ない地域 () 基準告示第 3 () 医療資源の少ない地域				
管理者の氏名					
※ 基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域のうち、該当するものに○を付すこと。（両方に該当する場合は両方に○を付すこと。）					
1. 24 時間対応体制加算に係る届出内容					
○連絡相談を担当する職員（ ）人（①・②訪問看護ステーションの合計）					
訪問看護ステーション連絡相談を担当する職員	①		②		
保健師	人	常勤	人	非常勤	人
助産師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人
○連絡方法					
○連絡先電話番号					
1	()	1	()		
2	()	2	()		
3	()	3	()		
※ 連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。 ※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。					

改 正 後

別紙様式 4

別紙様式 4

訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書
(届出・変更・取消し)

連絡先 担当者氏名：() 電話番号：()

受理番号	(訪看26)	号
------	--------	---

受付年月日	年 月 日
-------	-------

決定年月	年 月 日
------	-------

(届出事項) 1. 緩和ケア 2. 褥瘡ケア 3. 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

上記のとおり届け出ます。
年 月 日
指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生(支)局長 殿

届出内容

指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称		ステーションコード
管理者の氏名		
1 緩和ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	
2 褥瘡ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	
3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	

備考：1、2又は3の専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

改 正 前

別紙様式 4

別紙様式 4

訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書
(届出・変更・取消し)

連絡先 担当者氏名：() 電話番号：()

受理番号	(訪看26)	号
------	--------	---

受付年月日	年 月 日
-------	-------

決定年月	年 月 日
------	-------

(届出事項) 1. 緩和ケア 2. 褥瘡ケア 3. 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア

上記のとおり届け出ます。
年 月 日
指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

印

地方厚生(支)局長 殿

届出内容

指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称		ステーションコード
管理者の氏名		
1 緩和ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	
2 褥瘡ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	
3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門研修		
氏名	氏名	

備考：1、2又は3の専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。

改 正 後

別紙様式 5

別紙様式 5

精神科重症患者支援管理連携加算・精神科複数回訪問加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号		（訪看 27、28 ）		号
------	--	-------------	--	---

受付年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日
-------	---	---	---	-------	---	---	---

（届出事項）

1. 精神科重症患者支援管理連携加算 2. 精神科複数回訪問加算

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長 殿

ステーションコード

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

1. 精神科訪問看護基本療養費に係る届出内容

○届出状況 本届出時に提出 ・ 既届出：受理番号（ ）

2. 24 時間対応体制加算に係る届出内容

○届出状況 有 （ 本届出時に提出 ・ 既届出：受理番号（ ））
無

※ 精神科複数回訪問加算を届け出る場合は、24 時間対応体制加算を届け出ている必要がある。

備考：24 時間対応体制加算を届け出していない場合であって、精神科重症患者支援管理連携加算を届け出る場合は、連携する保険医療機関が 24 時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制であることが確認できる文書を添付すること。

改 正 前

別紙様式 5

別紙様式 5

精神科重症患者支援管理連携加算・精神科複数回訪問加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号		（訪看 27、28 ）		号
------	--	-------------	--	---

受付年月日	年	月	日	決定年月日	年	月	日
-------	---	---	---	-------	---	---	---

（届出事項）

1. 精神科重症患者支援管理連携加算 2. 精神科複数回訪問加算

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長 殿

ステーションコード

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

1. 精神科訪問看護基本療養費に係る届出内容

○届出状況 本届出時に提出 ・ 既届出：受理番号（ ）

2. 24 時間対応体制加算に係る届出内容

○届出状況 有 （ 本届出時に提出 ・ 既届出：受理番号（ ））
無

※ 精神科複数回訪問加算を届け出る場合は、24 時間対応体制加算を届け出ている必要がある。

備考：24 時間対応体制加算を届け出していない場合であって、精神科重症患者支援管理連携加算を届け出る場合は、連携する保険医療機関が 24 時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制であることが確認できる文書を添付すること。

改正後

別紙様式 6

別紙様式 6 機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号		（訪看 29、30、31）		号
受付年月日	年	月	日	決定年月日
				年
				月
				日

（届出事項）

1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2
3. 機能強化型訪問看護管理療養費 3

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長 殿

ステーションコード

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）

同一敷地内に設置されている指定居宅介護支援事業所、
特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の
所在地及び名称（機能強化型 1・2）

管理者の氏名

同一敷地内に設置されている療養通所介護事業所、
児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の
所在地及び名称（機能強化型 1・2）

管理者の氏名

同一開設者で同一敷地内に設置されている保険医療機関の
所在地及び名称（機能強化型 3）

（後略）

改正前

別紙様式 6

別紙様式 6 機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

受理番号		（訪看 29、30、31）		号
受付年月日	年	月	日	決定年月日
				年
				月
				日

（届出事項）

1. 機能強化型訪問看護管理療養費 1 2. 機能強化型訪問看護管理療養費 2
3. 機能強化型訪問看護管理療養費 3

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

印

地方厚生（支）局長 殿

ステーションコード

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）

同一敷地内に設置されている指定居宅介護支援事業所、
特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の
所在地及び名称（機能強化型 1・2）

管理者の氏名

同一敷地内に設置されている療養通所介護事業所、
児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の
所在地及び名称（機能強化型 1・2）

管理者の氏名

同一開設者で同一敷地内に設置されている保険医療機関の
所在地及び名称（機能強化型 3）

（後略）

「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 5 日保医発0305第13号）の一部改正について

別紙様式を次のように改める。

当該改正は本通知の発出日から適用されるものとする。

旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

(別紙様式)

入院時食事療養・入院時生活療養等届出書

受理番号	
------	--

届出事項 入院時食事療養(Ⅰ)・入院時生活療養(Ⅰ)

(入院時食事療養(Ⅰ)の受理番号：)

(入院時生活療養(Ⅰ)の受理番号：)

- ☐ 当該届出を行う前6か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か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揭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。

☐ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78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。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別紙書類を添えて届け出ます。

年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名

地方厚生(支)局長 殿

〔記載上の注意〕

- 1 届出事項について該当する番号を○で囲むこと。
- 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
- 3 届出書(添付書類を含む)は1通を提出すること。

(別添2 参考)

○「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月5日保医発0305第13号)の一部改正について

(網掛部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前				
別紙様式 (別紙様式) 入院時食事療養・入院時生活療養等届出書 <table border="1"><tr><td>受理番号</td><td></td></tr></table> 届出事項 入院時食事療養(Ⅰ)・入院時生活療養(Ⅰ) (入院時食事療養(Ⅰ)の受理番号:) (入院時生活療養(Ⅰ)の受理番号:) ☐ 当該届出を行う前6か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か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揭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。 ☐ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78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。 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別紙書類を添えて届け出ます。 年 月 日 保険医療機関の 所在地及び名称 開設者氏名 地方厚生(支)局長 殿 〔記載上の注意〕 1 届出事項について該当する番号を○で囲むこと。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書(添付書類を含む)は1通を提出すること。	受理番号		別紙様式 (別紙様式) 入院時食事療養・入院時生活療養等届出書 <table border="1"><tr><td>受理番号</td><td></td></tr></table> 届出事項 入院時食事療養(Ⅰ)・入院時生活療養(Ⅰ) (入院時食事療養(Ⅰ)の受理番号:) (入院時生活療養(Ⅰ)の受理番号:) ☐ 当該届出を行う前6か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か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揭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。 ☐ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78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。 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別紙書類を添えて届け出ます。 年 月 日 保険医療機関の 所在地及び名称 開設者氏名 印 地方厚生(支)局長 殿 〔記載上の注意〕 1 届出事項について該当する番号を○で囲むこと。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書(添付書類を含む)は1通を提出すること。	受理番号	
受理番号					
受理番号					

「D P C 制度への参加等の手続きについて」
(令和 2 年 3 月 27 日保医発 0327 第 6 号) の一部改正について

別紙 1、別紙 2、別紙 4、別紙 6、別紙 8 から別紙 13 まで、別紙 15 及び別紙 16 を次のように改める。

当該改正は本通知の発出日から適用されるものとする。

旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

(別紙1)

D P C制度への参加に係る届出書

保険医療機関コード：

保険医療機関の名称：

保険医療機関の所在地住所：

参加基準（該当する項目の□をチェックすること。）

- ☐ 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。^(※)
- ☐ A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- ☐ 「D P C導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出できる。
- ☐ 調査期間1か月当たりの（データ／病床）比が0.875以上となる見込みである。
- ☐ 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年4回以上、当該委員会を開催することができる。

当院は、上記基準の全てを満たしているので、届出を行います。

令和 年 月 日

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

E-mail：

厚生労働省保険局医療課長 殿

（記載上の注意）

※ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びA105 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。

(別紙2)

D P C 対象病院等の合併に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院_____は、

_____別紙3の保険医療機関_____と、

令和_____年_____月_____日_____に合併を予定しています。

合併後もD P C 対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、D P C 制度に継続参加を希望します。

令和_____年_____月_____日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名：

所属部署：

電話番号：

E-mail：

厚生労働省保険局医療課長 殿

(提出上の注意)

- 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙3「D P C 対象病院等の合併に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。

(別紙4)

D P C対象病院等の分割に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院_____は、

令和_____年_____月_____日に、

_____別紙5の保険医療機関_____と、

分割後もD P C対象(準備)病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。

令和_____年_____月_____日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(提出上の注意)

- 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙5「D P C対象病院等の分割に係る申請書(別紙)」を添付して提出すること。
- 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。

(別紙6)

D P C対象病院等の対象病床数変更に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院_____は、

令和_____年_____月_____日_____に対象病床数の変更を予定しています。

対象病床数変更後もD P C対象(準備)病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。

申請内容(該当する項目の□をチェックすること。)

- ☐ 変更(予定)年度の前年度10月1日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が合計200床以上増減
- ☐ 変更(予定)年度の前年度10月1日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が2倍以上又は2分の1以下

令和_____年_____月_____日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(提出上の注意)

- 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙7「D P C対象病院等の対象病床数変更に係る申請書(別紙)」を添付して提出すること。
- 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。

(別紙 8)

ＤＰＣ制度からの退出に係る届出書

1. 退出年月日 (※)

令和 年 月 日

2. 退出理由

当院は、上記理由により、DPC制度から退出します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署：

電話番号：

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※ 退出年月日欄は、退出事由に応じて以下の日付を記載すること。

- ・ 本文第1の3(6)に該当する場合：合併、分割又は対象病床数の変更年月日
- ・ 本文第1の3(8)に該当する場合：基準を満たしていないことを厚生労働省が確認した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)①に該当する場合：直近に予定されている診療報酬改定の日
- ・ 本文第1の4(2)②アに該当する場合：別紙7の「3. DPC対象病院の基準を満たす期限」から3か月を経過した日の属する月の翌月の初日
- ・ 本文第1の4(2)②イに該当する場合：基準を満たしていないと中央社会保険医療協議会が決定した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)②ウに該当する場合：厚生労働省の判定後直近の4月1日

(別紙 9)

D P C 対象病院の基準に係る届出書

1. D P C 対象病院の基準 (基準を満たさなくなった項目の□をチェックすること。)

- | |
|--|
| ☐ 急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料又は10対 1 入院基本料 ^(※1) |
| ☐ A207診療録管理体制加算 |

2. 上記基準を満たすための計画

D P C 対象病院の基準を満たすための計画は、別添資料のとおりです。

3. D P C 対象病院の基準を満たす期限 ^(※2)

令和	年	月	日
----	---	---	---

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※1 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料 (一般病棟の場合に限る。) 及び A105 専門病院入院基本料 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料をいう。

※2 D P C 対象病院の基準を満たす期限は、基準を満たさなくなった日から起算して 3 か月後の年月日を記載すること。

(提出上の注意)

D P C 対象病院の基準を満たすための計画について詳細に記述した資料を添付すること。

(別紙 10)

D P C 制度からの退出に係る申請書
(特別な理由がある場合)

当院は、D P C 制度からの退出を申請します。
退出の理由については、添付資料のとおりです。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(提出上の注意)

- 1 本申請書には、退出理由について詳細に記述した資料を添付すること。
- 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容に係る追加の資料の提出が求められた場合は、速やかに提出すること。

(別紙 11)

不服意見書

(通知された決定内容)
(決定に対する意見)

当院は、上記理由により、通知された決定に対する意見を提出します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(別紙 12)

保険医療機関廃止に伴うD P C制度からの退出届

当院は、令和 年 月 日付で廃止するため、D P C制度から退出します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(別紙 13)

D P C 準備病院届出書

保険医療機関の名称：

保険医療機関コード：

保険医療機関の所在地住所：

参加基準（該当する項目の□をチェックすること。）

- ☐ 急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料又は10対 1 入院基本料に係る届出を行っている。^(※1)
- ☐ 現在、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料又は10対 1 入院基本料に係る届出を行っていないが、当該基準を満たすべく計画を策定している。^(※2)

- ☐ A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- ☐ A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが、それと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している。^(※2)

- ☐ 「D P C 導入の影響評価に関する調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療に係るデータを提出できる。

- ☐ 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年 4 回以上、当該委員会を開催することができる。

当院は、上記基準の全てを満たしているので、届出を行います。

令和 年 月 日

開設者名

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1 (※3)	担 当 者 2 (※3)
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

(記載上の注意)

- ※1 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びA105 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。
- ※2 現在、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていないが当該基準を満たすべく計画を策定している病院、又はA207 診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している病院は、別紙14「DPC準備病院届出書（別紙）」に必要事項を記載し、本届出書に添付すること。
- ※3 担当者は必ず2名設定し、E - m a i l アドレスについては可能な限り別々のものとする。

(別紙 15)

D P C 準備病院辞退届

1. 辞退年月日

令和 年 月 日

2. 辞退理由

☐ データ作成のための人員が確保できなかったため。

☐ データ作成のためのシステムの構築が困難だったため。

☐ D P C 制度への参加を予定しなくなったため。

☐ その他（ ）

当院は、上記理由により、DPC準備病院を辞退します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名：

所属部署：

電話番号：

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(別紙 16)

D P C 対象病院等名称等変更届

変更予定年月日	年 月 日
D P C 対象病院等区分	1. D P C 対象病院 2. D P C 準備病院
旧保険医療機関名	
新保険医療機関名	
移転の有無	0. 無 1. 有
移転前所在地住所	
移転後所在地住所	
電話番号	
F A X 番号	
病床数変更の有無	0. 無 1. 有
保険医療機関番号変更の有無	0. 無 1. 有

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(別添3 参考)

○「D P C制度への参加等の手続きについて」(令和2年3月27日保医発 0327 第6号)の一部改正について

(網掛部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
(別紙1) D P C制度への参加に係る届出書 保険医療機関コード； 保険医療機関の名称； 保険医療機関の所在地住所； 参加基準（該当する項目の口をチェックすること。） ☐ 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。^(※) ☐ A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。 ☐ 「D P C導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出できる。 ☐ 調査期間1か月当たりの（データ／病床）比が0.875以上となる見込みである。 ☐ 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年4回以上、当該委員会を開催することができる。 当院は、上記基準の全てを満たしているので、届出を行います。 令和 年 月 日 開設者名 (連絡先)担当者名； 所属部署； 電話番号； E-mail； 厚生労働省保険局医療課長 殿 (記載上の注意) ※ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びA105 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。	(別紙1) D P C制度への参加に係る届出書 保険医療機関コード； 保険医療機関の名称； 保険医療機関の所在地住所； 参加基準（該当する項目の口をチェックすること。） ☐ 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っている。^(※) ☐ A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。 ☐ 「D P C導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出できる。 ☐ 調査期間1か月当たりの（データ／病床）比が0.875以上となる見込みである。 ☐ 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年4回以上、当該委員会を開催することができる。 当院は、上記基準の全てを満たしているので、届出を行います。 令和 年 月 日 開設者名 印 (連絡先)担当者名； 所属部署； 電話番号； E-mail； 厚生労働省保険局医療課長 殿 (記載上の注意) ※ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びA105 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。

改正後	改正前				
(別紙2) D P C対象病院等の合併に係る申請書 (保険医療機関名称) 当院_____は、 _____別紙3の保険医療機関_____と、 _____令和_____年_____月_____日_____に合併を予定しています。 合併後もD P C対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。 令和_____年_____月_____日 <table><tr><td>保険医療機関コード</td><td></td></tr></table> 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 (連絡先) 担当者名： 所属部署： 電話番号： E-mail： 厚生労働省保険局医療課長 殿 (提出上の注意) 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙3「D P C対象病院等の合併に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。	保険医療機関コード		(別紙2) D P C対象病院等の合併に係る申請書 (保険医療機関名称) 当院_____は、 _____別紙3の保険医療機関_____と、 _____令和_____年_____月_____日_____に合併を予定しています。 合併後もD P C対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。 令和_____年_____月_____日 <table><tr><td>保険医療機関コード</td><td></td></tr></table> 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 (連絡先) 担当者名： 所属部署： 電話番号： E-mail： 厚生労働省保険局医療課長 殿 (提出上の注意) 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙3「D P C対象病院等の合併に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。	保険医療機関コード	
保険医療機関コード					
保険医療機関コード					

改 正 後	改 正 前
(別紙4) D P C対象病院等の分割に係る申請書 (保険医療機関名称) 当院_____は、 令和_____年_____月_____日に、 _____別紙5の保険医療機関_____と、 分割後もD P C対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。 令和_____年_____月_____日 保険医療機関コード 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 (連絡先) 担当者名： 所属部署： 電話番号： E-mail： 厚生労働省保険局医療課長 殿 (提出上の注意) 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙5「D P C対象病院等の分割に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。	(別紙4) D P C対象病院等の分割に係る申請書 (保険医療機関名称) 当院_____は、 令和_____年_____月_____日に、 _____別紙5の保険医療機関_____と、 分割後もD P C対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。 令和_____年_____月_____日 保険医療機関コード 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 (連絡先) 担当者名： 所属部署： 電話番号： E-mail： 厚生労働省保険局医療課長 殿 (提出上の注意) 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙5「D P C対象病院等の分割に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。

改 正 後	改 正 前				
(別紙6) D P C対象病院等の対象病床数変更に係る申請書 (保険医療機関名称) 当院_____は、 ____令和____年____月____日____に対象病床数の変更を予定しています。 対象病床数変更後もD P C対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。 申請内容（該当する項目の□をチェックすること。） ☐ 変更（予定）年度の前年度10月1日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が合計200床以上増減 ☐ 変更（予定）年度の前年度10月1日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が2倍以上又は2分の1以下 令和____年____月____日 <table><tr><td>保険医療機関コード</td><td></td></tr></table> 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 (連絡先) 担当者名： 所属部署： 電話番号： E-mail： 厚生労働省保険局医療課長 殿 (提出上の注意) 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙7「D P C対象病院等の対象病床数変更に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。	保険医療機関コード		(別紙6) D P C対象病院等の対象病床数変更に係る申請書 (保険医療機関名称) 当院_____は、 ____令和____年____月____日____に対象病床数の変更を予定しています。 対象病床数変更後もD P C対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望します。 申請内容（該当する項目の□をチェックすること。） ☐ 変更（予定）年度の前年度10月1日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が合計200床以上増減 ☐ 変更（予定）年度の前年度10月1日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が2倍以上又は2分の1以下 令和____年____月____日 <table><tr><td>保険医療機関コード</td><td></td></tr></table> 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 印 (連絡先) 担当者名： 所属部署： 電話番号： E-mail： 厚生労働省保険局医療課長 殿 (提出上の注意) 1 本申請書には、必要事項を記載した別紙7「D P C対象病院等の対象病床数変更に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出が求められた場合は、速やかに提出すること。	保険医療機関コード	
保険医療機関コード					
保険医療機関コード					

(記載上の注意)

※ 退過年月日欄は、退出事由に応じて以下の日付を記載すること。

- ・ 本文第1の3(6)に該当する場合：合併、分割又は対象病床数の変更年月日
- ・ 本文第1の3(8)に該当する場合：基準を満たしていないことを厚生労働省が確認した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)①に該当する場合：直近に予定されている診療報酬改定の日
- ・ 本文第1の4(2)②アに該当する場合：別紙7の「3. DPC対象病院の基準を満たす期限」から3か月を経過した日の属する月の翌月の初日
- ・ 本文第1の4(2)②イに該当する場合：基準を満たしていないと中央社会保険医療協議会が決定した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)②ウに該当する場合：厚生労働省の判定後直近の4月1日

(記載上の注意)

※ 退過年月日欄は、退出事由に応じて以下の日付を記載すること。

- ・ 本文第1の3(6)に該当する場合：合併、分割又は対象病床数の変更年月日
- ・ 本文第1の3(8)に該当する場合：基準を満たしていないことを厚生労働省が確認した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)①に該当する場合：直近に予定されている診療報酬改定の日
- ・ 本文第1の4(2)②アに該当する場合：別紙7の「3. DPC対象病院の基準を満たす期限」から3か月を経過した日の属する月の翌月の初日
- ・ 本文第1の4(2)②イに該当する場合：基準を満たしていないと中央社会保険医療協議会が決定した月の4か月後の初日
- ・ 本文第1の4(2)②ウに該当する場合：厚生労働省の判定後直近の4月1日

改 正 後

(別紙 9)

D P C対象病院の基準に係る届出書

1. D P C対象病院の基準（基準を満たさなくなった項目の□をチェックすること。）

☐ 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料^(※1)

☐ A207診療録管理体制加算

2. 上記基準を満たすための計画

D P C対象病院の基準を満たすための計画は、別添資料のとおりです。

3. D P C対象病院の基準を満たす期限^(※2)

令和 年 月 日

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名:

所属部署:

電話番号:

E-mail:

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※1 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びA105 専門病院入院基本料7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。

※2 D P C対象病院の基準を満たす期限は、基準を満たさなくなった日から起算して3か月後の年月日を記載すること。

(提出上の注意)

D P C対象病院の基準を満たすための計画について詳細に記述した資料を添付すること。

改正前

(別紙9)

DPC対象病院の基準に係る届出書

1. DPC対象病院の基準（基準を満たさなくなった項目の□をチェックすること。）

☐ 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料^(※1)

☐ A207診療録管理体制加算

2. 上記基準を満たすための計画

DPC対象病院の基準を満たすための計画は、別添資料のとおりです。

3. DPC対象病院の基準を満たす期限^(※2)

令和 年 月 日

上記のとおり届出を行います。

令和 年 月 日

保険医療機関コード

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

印

(連絡先) 担当者名 :

所属部署 :

電話番号 :

E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

(記載上の注意)

※1 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びA105 専門病院入院基本料7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。

※2 DPC対象病院の基準を満たす期限は、基準を満たさなくなった日から起算して3か月後の年月日を記載すること。

(提出上の注意)

DPC対象病院の基準を満たすための計画について詳細に記述した資料を添付すること。

改正後	改正前
(別紙 10) D P C制度からの退出に係る申請書 (特別な理由がある場合) 当院は、D P C制度からの退出を申請します。 退出の理由については、添付資料のとおりです。 令和 年 月 日 保険医療機関コード 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 (連絡先) 担当者名 : 所属部署 : 電話番号 : E-mail : 厚生労働省保険局医療課長 殿 (提出上の注意) 1 本申請書には、退出理由について詳細に記述した資料を添付すること。 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容に係る追加の資料の提出が求められた場合は、速やかに提出すること。	(別紙 10) D P C制度からの退出に係る申請書 (特別な理由がある場合) 当院は、D P C制度からの退出を申請します。 退出の理由については、添付資料のとおりです。 令和 年 月 日 保険医療機関コード 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 印 (連絡先) 担当者名 : 所属部署 : 電話番号 : E-mail : 厚生労働省保険局医療課長 殿 (提出上の注意) 1 本申請書には、退出理由について詳細に記述した資料を添付すること。 2 本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容に係る追加の資料の提出が求められた場合は、速やかに提出すること。

改 正 後	改 正 前
(別紙 11) 不服意見書 (通知された決定内容) (決定に対する意見) 当院は、上記理由により、通知された決定に対する意見を提出します。 令和 年 月 日 保険医療機関コード 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 (連絡先) 担当者名 : 所属部署 : 電話番号 : E-mail : 厚生労働省保険局医療課長 殿	(別紙 11) 不服意見書 (通知された決定内容) (決定に対する意見) 当院は、上記理由により、通知された決定に対する意見を提出します。 令和 年 月 日 保険医療機関コード 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 印 (連絡先) 担当者名 : 所属部署 : 電話番号 : E-mail : 厚生労働省保険局医療課長 殿

改 正 後	改 正 前
(別紙 12) 保険医療機関廃止に伴うD P C制度からの退出届 当院は、令和 年 月 日付で廃止するため、D P C制度から退出します。 令和 年 月 日 保険医療機関コード 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 (連絡先) 担当者名 : 所属部署 : 電話番号 : E-mail : 厚生労働省保険局医療課長 殿	(別紙 12) 保険医療機関廃止に伴うD P C制度からの退出届 当院は、令和 年 月 日付で廃止するため、D P C制度から退出します。 令和 年 月 日 保険医療機関コード 保険医療機関の名称 保険医療機関の所在地住所 開設者名 印 (連絡先) 担当者名 : 所属部署 : 電話番号 : E-mail : 厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1 (※3)	担 当 者 2 (※3)
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番号		
E - m a i l		

(記載上の注意)

- ※1 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びA105 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。
- ※2 現在、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていないが当該基準を満たすべく計画を策定している病院、又はA207 診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している病院は、別紙14「D P C 準備病院届出書（別紙）」に必要事項を記載し、本届出書に添付すること。
- ※3 担当者は必ず2名設定し、E - m a i l アドレスについては可能な限り別々のものとする。

事 項	担 当 者 1 (※3)	担 当 者 2 (※3)
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番号		
E - m a i l		

(記載上の注意)

- ※1 7対1入院基本料又は10対1入院基本料とは、A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びA105 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料をいう。
- ※2 現在、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていないが当該基準を満たすべく計画を策定している病院、又はA207 診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している病院は、別紙14「D P C 準備病院届出書（別紙）」に必要事項を記載し、本届出書に添付すること。
- ※3 担当者は必ず2名設定し、E - m a i l アドレスについては可能な限り別々のものとする。

改正後

(別紙 15)

D P C 準備病院辞退届

1. 辞退年月日

令和	年	月	日
----	---	---	---

2. 辞退理由

☐ データ作成のための人員が確保できなかったため。
☐ データ作成のためのシステムの構築が困難だったため。
☐ D P C 制度への参加を予定しなくなったため。
☐ その他 ()

当院は、上記理由により、D P C 準備病院を辞退します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :
所属部署 :
電話番号 :
E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

改正前

(別紙 15)

D P C 準備病院辞退届

1. 辞退年月日

令和	年	月	日
----	---	---	---

2. 辞退理由

☐ データ作成のための人員が確保できなかったため。
☐ データ作成のためのシステムの構築が困難だったため。
☐ D P C 制度への参加を予定しなくなったため。
☐ その他 ()

当院は、上記理由により、D P C 準備病院を辞退します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

印

(連絡先) 担当者名 :
所属部署 :
電話番号 :
E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

改 正 後

(別紙 16)

D P C対象病院等名称等変更届

変更予定年月日	年 月 日
D P C対象病院等区分	1. D P C対象病院 2. D P C準備病院
旧保険医療機関名	
新保険医療機関名	
移転の有無	0. 無 1. 有
移転前所在地住所	
移転後所在地住所	
電話番号	
F A X 番号	
病床数変更の有無	0. 無 1. 有
保険医療機関番号変更の有無	0. 無 1. 有

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :
所属部署 :
電話番号 :
E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿

改 正 前

(別紙 16)

D P C対象病院等名称等変更届

変更予定年月日	年 月 日
D P C対象病院等区分	1. D P C対象病院 2. D P C準備病院
旧保険医療機関名	
新保険医療機関名	
移転の有無	0. 無 1. 有
移転前所在地住所	
移転後所在地住所	
電話番号	
F A X 番号	
病床数変更の有無	0. 無 1. 有
保険医療機関番号変更の有無	0. 無 1. 有

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

(連絡先) 担当者名 :
所属部署 :
電話番号 :
E-mail :

厚生労働省保険局医療課長 殿