

## 特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード	〇〇〇〇〇〇〇	届出番号	(歯CAD) 第 号
連絡先 〇〇歯科医院 担当者氏名: キャデント 太郎 電話番号: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
(届出事項)  [ CAD/CAM冠 ] の施設基準に係る届出  [2-183] (20243)			
<input checked="" 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。 <input checked="" 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。 <input checked="" 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。 <input checked="" 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。			
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			
令和 〇〇年 〇月 〇日 ※記入日又は郵送日			
保険医療機関の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 及び名称 〇〇歯科医院			
開設者名 キャデント 太郎 印			
〇〇厚生局長 殿 ※管轄の厚生局			
備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			