

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 又は保険薬局コード	届出番 <b>記入しない</b>
連絡先 担当者氏名： 電話番号：	<b>→ ご記入下さい</b>
(届出事項) [ CAD/CAM冠	<b>* 宛先 *</b> <b>東海北陸厚生局</b> <b>！必ず正副2通提出してください！</b> <b>〒461-0011</b> <b>愛知県名古屋市東区白壁 1-15-1</b> <b>名古屋合同庁舎第3号館 3階</b>
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出( )に限る。)を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則が指示事項等第三に規定する基準に違反したことがないこと。 <input checked="" type="checkbox"/> <b>→ 記入して下さい</b> 当該届出を行う前6か月間において健康保険法第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容が規定に適合していること。 <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基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に適合していること。 保険医療機関でないこと。	
平成 年 月 日 保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称 開設者名	<b>印</b>
東海北陸厚生局長 殿	<b>ご記入下さい</b> <b>捺印して下さい</b>
<b>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「□」を記入すること。 3 届出書は、正副2通提出のこと。</b>	

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 又は保険薬局コード		届出番号	
------------------------	--	------	--

連絡先

担当者氏名：

電話番号：

(届出事項)

[ CAD/CAM冠 ] の施設基準に係る届出

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か月間において、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で、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地  
及び名称

開設者名 印

東海北陸厚生局長 殿

- 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「」を記入すること。
- 3 届出書は、正副2通提出のこと。

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考
安田 英男	岐阜県各務原市鵜沼朝日町5-102 有限会社アルファ工房
野々村 鎌次郎	岐阜県各務原市鵜沼朝日町5-102 有限会社アルファ工房
関谷 充紀	岐阜県各務原市鵜沼朝日町5-102 有限会社アルファ工房

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

使用する 歯科用CAD /CAM装置	概要	
	医療機器届出番号	CAD13B3X1011600003 CAM22B3X10006000020
製品名	デントスキャン 歯科 CAD/CAM マシン DWX-50	
製造販売業者名	株式会社 デルキヤムジャパン ローランドデイジー株式会社	
特記事項		
その他 (特記事項)		

[記載上の注意]

- 1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 2 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。