

算定をするに当たり届出の必要なもの	診療所	有床	病院
明細書発行体制等加算	○	－	－
地域医療貢献加算	○	－	－
夜間・早朝等加算	○	－	－
明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書	○	－	－
以下の書式なし			
一般病棟看護必要度評価加算	－	－	○
精神病棟入院基本料（13対1入院基本料に限る。）	－	－	○
特定機能病院入院基本料（精神病棟の13対1入院基本料に限る。）	－	－	○
有床診療所一般病床初期加算	－	○	－
医師配置加算1	－	○	－
救急・在宅等支援療養病床初期加算	－	○	－
救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	－	○	○
医師事務作業補助体制加算（15対1補助体制加算及び20対1補助体制加算に限る。）	－	－	○
急性期看護補助体制加算	－	－	○
強度行動障害入院医療管理加算	－	－	○
重度アルコール依存症入院医療管理加算	－	○	○
摂食障害入院医療管理加算	－	○	○
栄養サポートチーム加算	－	○	○
医療安全対策加算2	－	○	○
感染防止対策加算	－	○	○
慢性期病棟等退院調整加算1	－	－	○
急性期病棟等退院調整加算1	－	－	○
新生児特定集中治療室退院調整加算	－	－	○
救急搬送患者地域連携紹介加算	－	－	○
救急搬送患者地域連携受入加算	－	○	○
呼吸ケアチーム加算	－	○	○
後発医薬品使用体制加算	－	○	○

「今回届出」欄にチェックした場合に、「夜間・早朝等加算」の届出をしていた場合は「既届出」欄にチェックし、届出年月を記載する。

## 基本診療料の施設基準等に係る届出書

届 出 番 号

連絡先

担当者氏名：

電 話 番 号：

(届出事項)

〔 明 細 書 発 行 体 制 等 加 算 〕 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

保険医療機関の所在地  
及び名称

開設者名

印

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。

## 基本診療料の施設基準等に係る届出書

届 出 番 号

連絡先

担当者氏名：

電 話 番 号：

(届出事項)

[ ] 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

保険医療機関の所在地  
及び名称

開設者名

印

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。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添 7）
第 1	夜間・早朝等加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1
2	地域医療貢献加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2 の 2	明細書発行体制等加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の2
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3
4	歯科外来診療環境体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4 の 2	障害者歯科医療連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式5, 12～12の6
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
第 1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13及び13の 2
2	臨床研修病院入院診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14又は14の2
2 の 2	救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14の3
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
3 の 2	妊産婦緊急搬送入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式16
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17
4 の 2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 18, 18の2
4 の 3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の2, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式24, 24の2
11	療養病棟療養環境加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	療養病棟療養管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	療養病棟療養管理加算 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
12	診療所療養病床療養環境加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12	診療所療養病床療養環境加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25

様式 2 の 2

明細書発行体制等加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療所である	1 はい 2 いいえ
2 レセプト電子請求を行っている	1 オンライン請求 2 電子媒体による請求
3 明細書を無料で発行し、 その旨の院内掲示を行っている	1 はい 2 いいえ

※) 該当するものに○を記載すること。

様式 2

地域医療貢献加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科		
2 当該診療所の 対応医師の氏名		
3 当該診療所の標榜 診療時間		
4 あらかじめ患者に 伝えてある電話に 応答できない場合の体制  ※該当するものに○（複数可）		医師の携帯・自宅電話へ転送
		留守録による応答後、速やかにコールバック
		その他 <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</span>
5 他の医療機関との 連携 ※	連携 医療 機関 名	
6 患者への周知方法 （電話番号、連携医療機関等）		
7 備考		

※ やむを得ない事情により、当該医療機関で対応ができない場合には、十分な情報提供の上で連携医療機関において対応する。また、その具体的な内容については「7 備考」欄に記載のこと（連携体制、診療情報の共有方法、連携医療機関における対応体制等）。

様式 1

夜間・早朝等加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療時間の状況	
曜日	表示している診療時間（AM00:00～PM00:00）
日曜	
月曜	
火曜	
水曜	
木曜	
金曜	
土曜	

2 1週間の総診療時間	時間
-------------	----

3 救急医療の確保に関する協力	有 ・ 無
-----------------	-------

[記載上の注意]

- 「2」については、週により標榜時間が異なる場合には、4週間における1週平均時間を記載すること。
- 「3」については、診療参加している保険医療機関での勤務状況又は在宅当番医制等への参加状況が分かる書類を届出書添付すること。

(別紙届出様式)

## 明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書

平成 年 月 日

保険医療機関又は保険  
薬局の所在地及び名称

殿

開設者名

印

### 1. 以下の「正当な理由」に該当(いずれかの番号に○)

- |   |  |
|---|--|
| 1 | 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している          |
| 2 | 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要 |

### 2. 明細書発行についての状況

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 1            | 希望する患者への明細書発行の手続き (○を記載) |
| (1) 発行場所     | ① 会計窓口 ②別の窓口 ③その他( )     |
| (2) 発行のタイミング | ① 即時発行 ②その他( )           |
| 2            | 費用徴収の有無 有 ・ 無            |
| 3            | 費用徴収を行っている場合その金額 円       |

### 3. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。

注1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者に無料で発行していない保険医療機関及び保険薬局が提出するものであること。

注2) 正当な理由の1には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。

注3) 本届出書を提出した後、領収証の交付に当たって明細書を無料で交付することとした保険医療機関又は保険薬局は、取り下げの届出を行うこと。