

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(地包診) 第 号
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">連絡先 担当者氏名: 電話番号:</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 150px;">(届出事項) <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">[地域包括診療料] の施設基準に係る届出</div><p><input 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。</p><p><input 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。</p><p><input 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。</p><p><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。</p><p>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。</p><p>平成 年 月 日</p><p>保険医療機関の所在地 及び名称</p><p style="text-align: right;">開設者名 印</p><p>近畿厚生局長 殿</p></div>			
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 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、正副2通提出のこと。			

地域包括診療料に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	保険医療機関名（診療所又は 200 床未満の病院）	
②	研修を修了した医師の氏名	
③	健康相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
④	院外処方を行う場合の連携薬局名（診療所の場合）	
⑤	敷地内が禁煙であること	<input type="checkbox"/>
⑥	介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
	要介護認定に係る主治医意見書を作成している	<input type="checkbox"/>
⑥-2	■下記のいずれか一つを満たす	-
	居宅療養管理指導又は短期入所療養介護の提供	<input type="checkbox"/>
	地域ケア会議に年1回以上出席	<input type="checkbox"/>
	居宅介護支援事業所の指定	<input type="checkbox"/>
	介護保険による通所リハビリテーション等の提供	<input type="checkbox"/>
	介護サービス事業所の併設	<input type="checkbox"/>
	介護認定審査会に参加	<input type="checkbox"/>
	所定の研修を受講	<input type="checkbox"/>
	医師が介護支援専門員の資格を有している	<input type="checkbox"/>
	総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること（病院の場合）	<input type="checkbox"/>
⑦	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施している旨を院内掲示している	<input type="checkbox"/>
⑦-2	診療所の場合 ■以下の全てを満たす	-
	時間外対応加算1の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	常勤の医師が2名以上配置されていること	<input type="checkbox"/>
	在宅療養支援診療所であること	<input type="checkbox"/>

⑦-3	病院の場合 ■下記の全てを満たす	-
	地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	
	在宅療養支援病院であること	

[記載上の注意]

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
2. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
3. ⑦-2、⑦-3について、確認できる資料の写しを添付のこと。