

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

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 か月間において当該届出に係る事項に關し、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關し、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

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。

## C A D／C A M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
渡部 純市	株式会社 エムエスシー

## 3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

概要		
使用する歯科用C A D／C A M装置	医療機器届出番号	13B1X10118000025
	製品名	inEOS X5 スキャナー
	製造販売業者名	シロナデンタルシステムズ株式会社
	特記事項	
その他 (特記事項)	CAM 装置	inLab MC X5 13B1X10118000026 シロナデンタルシステムズ株式会社

## [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C A D／C A M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。