

## [ 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
- 連絡先（担当者名、連絡先の電話番号）
- [光学印象の施設基準に係る届出] 基準に適合していたらチェックを入れる
- 記入日、または郵送日を記入
- 歯科診療所の所在地、及び名称を記入(ゴム印でも可)
- 歯科医院の開設者名(法人または個人名)
- 届出先の「厚生局長」を記入 例：関東甲信厚生局長など

### 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	保険医療機関 コードの記入	届出番号	(光印象) 第 号
連絡先 担当者氏名： 電話番号：		医療機関名 担当者名 連絡先の記入	
(届出事項)			
[ 光学印象 ] の施設基準に係る届出			
基準に適合していればチェックを入れる			
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <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。			
欄記について、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 年 月 日		記入日もしくは郵送日を記入	
保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称		歯科診療所の所在地及び名称を記入 (ゴム印でも可)	
届出厚生局長と記入 例：関東信越厚生局長殿		開設者名 開設者名 (法人または個人名)	
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。			

## [ 光学印象施設基準届出書添付書類 ]

- 届出を行う施設基準に○を記入
- 「歯科医師の氏名欄」及び「経験年数欄」を記入
- 「使用するデジタル印象採得装置」の情報を記入  
※別途記入済みPDFを用意してあります

※3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等は  
光学印象の申請では記入の必要がありません

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー  
光学印象

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準 (該当するものに○)

	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
○	光学印象

※ 「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」及び「光学印象」の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏 名	歯科技工所名

※歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士名のみ記載すること。

4 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CAD /CAM装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
使用するデジ タル印象採得 装置	医療機器承認(認証)番号	30500BZI00031000
	製品名	TRIOS 5 オーラルスキャナシステム
	製造販売業者名	3Shape Japan合同会社
	特記事項	
その他 (特記事項)		

※デジタル印象採得装置については、光学印象の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。