

特掲診療料の施設基準に係る届出書

[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の記入
- 連絡先（担当者名、連絡先の電話番号）の記入
- 新規で[CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー]と[光学印象]の両方を届出する場合はそれぞれ記入（届出事項1つにつき1枚必要です）
- [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

| | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 保険医療機関コード 又は保険薬局コード | 保険医療機関 コードの記入 | 届出番号 (編CAD) 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) | | |
| [CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー] | | |
| 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。 | |
| <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。 | |
| 標記について、上記基準のすべてに適合しているため、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) |
| | 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 <input type="checkbox"/> 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。 | | |

[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
- 歯科技工所名と代表者氏名を記載します
- 「使用するCAD/CAM装置」の情報を記入
※別途記入済みPDFを用意してあります
- 「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

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○)

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | 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 | CAD: 13B1X10163000336 CAM: |
| | 製品名 | CAD: CARES スキャナー E4 CAM: |
| | 製造販売業者名 | CAD: ストロマン・ジャパン株式会社 CAM: |
| | 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 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| | 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。