

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関 コード番号	. .
-----------------	-----

届出番号	※
------	---

(届出事項)

[在宅療養支援歯科診療所] 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掲示事項等第3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項及び老人保健法第31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等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

⑩

電話番号

(届出に関する担当者名

)

福岡社会保険事務局長 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 届書は、正副2通提出のこと。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科訪問診療の実績（直近の1年間の実績）	
歯科訪問診療料を算定した人数	_____人
歯科訪問診療料を算定した回数	_____回
2. 後期高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等	
受講歯科医師名（複数の場合は全員）	
研 修 名	
受 講 年 月 日	
研修の主催者	
講習の内容等	
※ 後期高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。 ※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。	
3. 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）	
氏 名	常勤／非常勤
1)	常勤／非常勤
2)	常勤／非常勤
3)	常勤／非常勤
4. 迅速に対応できる体制に係る事項	
(1) 患者からの連絡を受ける体制：対応体制 _____名で担当, 交代制（有・無）	
• 担当者の氏名及び職種	• 連絡方法・連絡先
(2) 歯科訪問診療体制：対応体制 _____名で担当, 交代制（有・無）	
• 担当医の氏名	
5. 在宅療養を担う連携保険医療機関	
(1) 医療機関の名称	(3) 担当医の氏名
(2) 開設者名	(4) 連絡先
6. 保健医療サービス及び福祉サービスとの連携担当者	
• 氏名, 連絡先 • 資格, 主な業務内容 • 体制（管理者・自施設の職員・院外の事業所等との連携・その他）	
7. 後方支援医療機関（歯科医療機関）	
(1) 医療機関の名称	
(2) 開設者名	(4) 担当医の氏名
(3) 所在地	(5) 連絡先