

東日本大震災に伴う保険診療の取扱いの利用状況に係る届出書(平成25年__月__日現在)

厚生(支)局長 殿

※受付番号 _____

利用している特例措置 ※別添「特例措置の概要」 の番号を記載すること	番号:2、12、17、18 _____
	17を利用している場合は、その入院日(※複数名いる場合は、すべての者の入院日を記載) (平成 23 年 3 月 31 日 平成23年4月15日)
	18を利用している場合は、その患者数: _____ 1 _____ 人
利用開始日	平成 23 年 4 月 1 日
平成25年__月時点で 特例措置を利用している 理由 ※該当するものに○(複 数回答可) ※その他の場合は詳細 に理由を記載すること	1. 医師や看護師の確保が困難であり、不足しているため
	2. 転院する施設に申し込んでいるが、後方病床が不足しており、 患者の転院が困難であるため
	③ 入所する施設に申し込んでいるが、受入体制が整っていないことにより、 患者の退院が困難であるため
	4. 転院・入所する施設が見つからないことにより、患者の退院が困難であるため
	5. 自宅の倒壊や家族等の受入体制が整っていないことにより、 患者の退院が困難であるため
	6. その他(_____)
利用開始日が平成25年 4月1日以降となった場 合、その理由(詳細に記 載すること) ※被災3県のみ	
特例措置の利用を継続 する必要性、今後の見通 し(詳細に記載すること)	記載例1)平成25年8月末には、受け入れ可能との連絡があり、転院が完了する見込み。
	記載例2)入所施設の受け入れ体制が整っておらず、利用者の転院の目途が立たない。
	他の転院先も探しており、半年後くらいに受け入れが可能な医療機関があるという
	情報があるので、できるだけ早急に対応する予定。

(医療機関名) _____ (所在地) _____

(担当者) _____ (連絡先) _____

※1 本様式の書式は変えないこと。

※2 受付番号については、地方厚生(支)局都道府県事務所において、1番から連続した番号を付すこと。

※3 所在地は市町村名まで記載すること。