

東日本大震災に伴う保険診療の特例措置の利用に関する届出書(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: _____ |
| | 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__年__月__日) |
| | 18を利用している場合は、その患者数: _____人 |
| 利用開始日 | 平成__年__月__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10月1日以降となった 場合、その理由(詳細に 記載すること) ※福島県のみ | |
| | |
| | |
| | |
| 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) | |
| | |
| | |
| | |

(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。