

(別紙)

平成 30 年 7 月豪雨による被災に関する概算による診療報酬請求に関する届出書
(平成 30 年 7 月診療分)

保険医療機関コード・薬局コード・ステーションコード

平成 30 年 7 月豪雨による被災に関する概算による診療報酬の請求を行いたいので、次のように届け出ます。

平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地 及び 名称 :

開設者名・事業者氏名 : 印

審査支払機関 殿

1 次のうち、該当するものに○を付すこと。

ア 診療録が滅失若しくは棄損等した保険医療機関、保険薬局等（災害救助法適用日以降診療を行った医科に係る保険医療機関については、同日以降の診療について通常の方法で請求するもの）

イ 災害救助法適用地域に所在する保険医療機関（医科）であって、災害救助法適用日以降に診療を行い、当該保険医療機関の状況に鑑み通常の手続きによる請求を行うことが困難なため、7月の1ヶ月分を通して概算による請求を行うもの

2 平成 30 年 7 月の診療実日数を記入すること。

[入院・外来別診療実日数]

(外来診療実日数)

7 月分 _____ 日間 (法適用日以前)
_____ 日間 (法適用日翌日以降)

(入院診療実日数)

7 月分 _____ 日間 (法適用日以前)
_____ 日間 (法適用日翌日以降)