

(別添1)

実績報告（令和 6年 7月 1日 ～ 令和 7年 6月 30日）

コード番号

保険医療機関名：

届出受理年月日：

先進医療名：

先進医療の費用(届出時)：

(うち、人件費)

総 件 数： 0件

番号	診 断 名	年 齢 (歳)	性 別	初 回 実施日 (年月日)	入院 期間 (日)	実施 回数 (回)	転 帰	保険者負担	被保険者負担	先進医療 費用(円)		総 合 計 (①+②+③+④) (円)	評価結果
								保険外併用 療養費分① (円)	保険外併用療 養費分に係る 一部負担金② (円)				
										患者負担③	その他④		
1												0	
2												0	
3												0	
4												0	
5												0	
6												0	
7												0	
8												0	
9												0	
10												0	
							合 計	0	0	0	0	0	

保険外併用療養費分の合計(①+②) 0円

患者1人当たりの平均保険外併用療養費分((①+②)/総件数) 0円

患者 1 人当たりの平均入院期間 0日

先進医療費用(患者負担)の合計(③) 0円

患者1人当たりの平均先進医療費用(患者負担)(③/総件数) 0円

患者 1 人当たりの平均実施回数 0回

先進医療費用(その他)の合計(④) 0円

患者1人当たりの平均先進医療費用(その他)(④/総件数) 0円

上記に係る総合計(①+②+③+④) 0円

患者1人当たり平均総合計((①+②+③+④)/総件数) 0円

※ 実績が0件の場合、1年間の実施件数が0件だった理由（様式第1号(別添4)）を提出すること。

<特記事項>(コメントがあればこちらに記入して下さい)

《実施責任医師記入欄》

所属

署名