# （別紙１）

**ＤＰＣ制度への参加に係る届出書**

保険医療機関コード：

保険医療機関の名称：

保険医療機関の所在地住所：

|  |
| --- |
| 参加基準（該当する項目の□をチェックすること。）□　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係る届出を行っている。（※）□　Ａ２０７診療録管理体制加算に係る届出を行っている。□　「ＤＰＣの評価・検証等に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療及び外来診療に係るデータを提出できる。□　調査期間１月あたりの（データ／病床）比が0.875以上となる見込みである。□　調査期間１月あたりのデータ数が90以上となる見込みである。□　入院診療及び外来診療に係る質の高いデータを適切に提出できる。□　適切なコーディングに関する委員会を設置し、年４回以上、当該委員会を開催することができる。 |

当院は、上記基準の全てを満たしているので、届出を行います。

令和　　年　　月　　日

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（記載上の注意）

※　７対１入院基本料又は10対１入院基本料とは、Ａ１０４特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びＡ１０５専門病院入院基本料の７対１入院基本料又は10対１入院基本料をいう。

# （別紙２）

**ＤＰＣ対象病院等の合併に係る申請書**

（保険医療機関名称）

当院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

　　　　　別紙３の保険医療機関　　　　　と、

令和　　　　年　　　　月　　　　日に合併を予定しています。

合併後もＤＰＣ対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、ＤＰＣ制度への継続参加を
希望します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（提出上の注意）

１　本申請書には、必要事項を記載した別紙３「ＤＰＣ対象病院等の合併に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。

２　本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出を求められた場合は、速やかに提出すること。

# （別紙３）

**ＤＰＣ対象病院等の合併に係る申請書（別紙）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 合併前病院①（※1） | 合併前病院②（※1） | 合併後病院（※1） |
| 保険医療機関コード |  |  | 変更の有　・　無　・不明 |
| 保険医療機関名称(予定) |  |  |  |
| 開設者(予定) |  |  |  |
| 保険医療機関の所在地(予定) |  |  |  |
| 所属する医療圏(予定) |  |  |  |
| 総病床数(予定) |  |  |  |
| ＤＰＣ算定病床数(予定) |  |  |  |
| 診療科目数(予定) |  |  |  |
| 主たる診療科目(予定) |  |  |  |
| 入院中の患者の引継ぎ |  |  | 有　・　無 |
| 病院職員(医師、看護師等)の引継ぎ |  |  | 有　・　無 |
| 届出(予定)入院基本料 |  |  |  |
| 診療録管理体制加算の届出(予定) | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| コーディング委員会の設置(予定) | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |

（記載上の注意）

※１　病院における状況（予定）について記入し、該当する項目に○を付けること。

「合併前病院①」・・・合併に当たり主となる病院

「合併前病院②」・・・合併に当たり従となる病院

「合併後病院」・・・・合併後の病院

※２　対象保険医療機関数が３以上になる場合は、適宜、様式を修正すること。

# （別紙４）

**ＤＰＣ対象病院等の分割に係る申請書**

（保険医療機関名称）

当院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

令和　　　　年　　　　月　　　　日に、

　　　　　別紙５の保険医療機関　　　　　に分割を予定しています。

分割後もＤＰＣ対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、ＤＰＣ制度への継続参加を
希望します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（提出上の注意）

１　本申請書には、必要事項を記載した別紙５「ＤＰＣ対象病院等の分割に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。

２　本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出を求められた場合は、速やかに提出すること。

# （別紙５）

**ＤＰＣ対象病院等の分割に係る申請書（別紙）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 分割前病院（※1） | 分割後病院①（※1） | 分割後病院②（※1） |
| 保険医療機関コード |  | 変更の有　・　無　・不明 | 変更の有　・　無　・不明 |
| 保険医療機関名称(予定) |  |  |  |
| 開設者(予定) |  |  |  |
| 保険医療機関の所在地(予定) |  |  |  |
| 所属する医療圏(予定) |  |  |  |
| 総病床数(予定) |  |  |  |
| ＤＰＣ算定病床数(予定) |  |  |  |
| 診療科目数(予定) |  |  |  |
| 主たる診療科目(予定) |  |  |  |
| 入院中の患者の引継ぎ |  | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 病院職員(医師、看護師等)の引継ぎ |  | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 届出(予定)入院基本料 |  |  |  |
| 診療録管理体制加算の届出(予定) | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| コーディング委員会の設置(予定) | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 分割後のＤＰＣ制度継続参加の希望の有無 |  | 有　・　無 | 有　・　無 |

（記載上の注意）

※１　病院における状況（予定）について記入し、該当する項目に○を付けること。

「分割前病院」・・・・分割前の病院

「分割後病院①」・・・分割後に主となる病院

「分割後病院②」・・・分割後に従となる病院

※２　対象保険医療機関数が３以上になる場合は、適宜、様式を修正すること。

# （別紙６）

**ＤＰＣ対象病院等の対象病床数変更に係る申請書**

（保険医療機関名称）

当院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

令和　　　　年　　　　月　　　　日に対象病床数の変更を予定しています。

対象病床数変更後もＤＰＣ対象（準備）病院の基準を満たす予定であり、ＤＰＣ制度への継続参加を希望します。

|  |
| --- |
| 申請内容（該当する項目の□をチェックすること。）□　変更（予定）年度の前年度10月１日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が合計200床以上増減□　変更（予定）年度の前年度10月１日時点の対象病床数を基準として、変更後の対象病床数が２倍以上又は２分の１以下 |

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（提出上の注意）

１　本申請書には、必要事項を記載した別紙７「ＤＰＣ対象病院等の対象病床数変更に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。

２　本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出を求められた場合は、速やかに提出すること。

# （別紙７）

**ＤＰＣ対象病院等の対象病床数変更に係る申請書（別紙）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前病院（※） | 変更後病院（※） |
| 保険医療機関コード |  | 変更の有　・　無　・不明 |
| 保険医療機関名称(予定) |  |  |
| 開設者(予定) |  |  |
| 保険医療機関の所在地(予定) |  |  |
| 所属する医療圏(予定) |  |  |
| 総病床数(予定) |  |  |
| 対象病床数(予定) |  |  |
| 診療科目数(予定) |  |  |
| 主たる診療科目(予定) |  |  |
| 入院中の患者の引継ぎ |  |  |
| 病院職員(医師、看護師等)の引継ぎ |  |  |
| 届出(予定)入院基本料 |  |  |
| 診療録管理体制加算の届出(予定) | 有　・　無 | 有　・　無 |
| コーディング委員会の設置(予定) | 有　・　無 | 有　・　無 |

（記載上の注意）

※　病院における状況（予定）について記入し、該当する項目に○を付けること。

# （別紙８）

**ＤＰＣ制度からの退出に係る届出書**

１．退出年月日（※）

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |

２．退出理由

|  |
| --- |
|  |

当院は、上記理由により、ＤＰＣ制度から退出します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（記載上の注意）

※　退出年月日欄は、退出事由に応じて以下の日付を記載すること。

・　本文第１の３(６)に該当する場合：合併、分割又は対象病床数の変更年月日

・　本文第１の３(８)に該当する場合：基準を満たしていないことを厚生労働省が確認した月の４か月後の初日

・　本文第１の４(２)の①に該当する場合：直近に予定されている診療報酬改定の日

・　本文第１の４(２)の②アに該当する場合：別紙９の「３．ＤＰＣ対象病院の基準を満たす期限」から３か月を経過した日の属する月の翌月の初日

・　本文第１の４(２)の②イに該当する場合：基準を満たしていないと中央社会保険医療協議会が決定した月の４か月後の初日

・　本文第１の４(２)の②ウ又はエに該当する場合：厚生労働省の判定後直近の６月１日

# （別紙９）

**ＤＰＣ対象病院の基準に係る届出書**

１．ＤＰＣ対象病院の基準（基準を満たさなくなった項目の□をチェックすること。）

|  |
| --- |
| □　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料（※1）□　Ａ２０７診療録管理体制加算 |

２．上記基準を満たすための計画

ＤＰＣ対象病院の基準を満たすための計画は、別添資料のとおりです。

３．ＤＰＣ対象病院の基準を満たす期限（※2）

|  |
| --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日 |

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（記載上の注意）

※１　７対１入院基本料又は10対１入院基本料とは、Ａ１０４特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びＡ１０５専門病院入院基本料の７対１入院基本料又は10対１入院基本料をいう。

※２　ＤＰＣ対象病院の基準を満たす期限は、基準を満たさなくなった日から起算して３か月後の年月日を記載すること。

（提出上の注意）

ＤＰＣ対象病院の基準を満たすための計画について詳細に記述した資料を添付すること。

# （別紙10）

**ＤＰＣ制度からの退出に係る申請書**

（特別な理由がある場合）

当院は、ＤＰＣ制度からの退出を申請します。

退出の理由については、添付資料のとおりです。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（提出上の注意）

１　本申請書には、退出理由について詳細に記述した資料を添付すること。

２　本申請書の提出後、厚生労働省から申請内容等に係る追加の資料提出を求められた場合は、
速やかに提出すること。

# （別紙11）

**不服意見書**

|  |
| --- |
| （通知された決定内容） |
| （決定に対する意見） |

当院は、上記理由により、通知された決定に対する意見を提出します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

# （別紙12）

**保険医療機関廃止に伴うＤＰＣ制度からの退出届**

当院は、令和　　年　　月　　日付で廃止するため、ＤＰＣ制度から退出します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

# （別紙13）

**ＤＰＣ準備病院届出書**

保険医療機関コード：

保険医療機関の名称：

保険医療機関の所在地住所：

|  |
| --- |
| 参加基準（該当する項目の□をチェックすること。）□　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係る届出を行っている。（※１）□　現在、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係る届出を行っていないが、当該基準を満たすべく計画を策定している。（※２）□　Ａ２０７診療録管理体制加算に係る届出を行っている。□　Ａ２０７診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが、それと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している。（※２）□　「ＤＰＣの評価・検証等に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加し、入院診療に係るデータを提出できる。□　適切なコーディングに関する委員会を設置し、年４回以上、当該委員会を開催することができる。 |

当院は、上記基準の全てを満たしているので、届出を行います。

令和　　年　　月　　日

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（記載上の注意）

※１　７対１入院基本料又は10対１入院基本料とは、Ａ１０４特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及びＡ１０５専門病院入院基本料の７対１入院基本料又は10対１入院基本料をいう。

※２　現在、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料若しくは10対１入院基本料に係る届出を行っていないが当該基準を満たすべく計画を策定している病院又はＡ２０７診療録管理体制加算に係る届出を行っていないが同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定している病院は、別紙14「ＤＰＣ準備病院届出書（別紙）」に必要事項を記載し、本届出書に添付すること。

# （別紙14）

**ＤＰＣ準備病院届出書（別紙）**

保険医療機関の名称：

１．急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料に係る届出を行っていない場合、当該基準を満たすための計画を記載すること。

|  |
| --- |
|  |
| 急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

２．Ａ２０７診療録管理体制加算の届出を行っていない場合、同等の診療録管理体制の具体的な内容及び当該基準を満たすための計画を記載すること。

|  |
| --- |
|  |
| Ａ２０７診療録管理体制加算の届出予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

（提出上の注意）

１　計画等が変更になった場合には、速やかにその内容を申し出ること。

２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出を行っており、かつ、Ａ２０７診療録管理体制加算の届出を行っている場合は、本別紙の提出は不要であること。

# （別紙15）

**ＤＰＣ準備病院辞退届**

１．辞退年月日

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日 |

２．辞退理由

|  |
| --- |
| □　データ作成のための人員が確保できなかったため。□　データ作成のためのシステムの構築が困難だったため。□　ＤＰＣ制度への参加を予定しなくなったため。□　その他（ ） |

当院は、上記理由により、ＤＰＣ準備病院を辞退します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

# （別紙16）

**ＤＰＣ対象病院等名称等変更届**

|  |  |
| --- | --- |
| 変更予定年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| ＤＰＣ対象病院等区分 | １．ＤＰＣ対象病院　　　２．ＤＰＣ準備病院 |
| 旧保険医療機関名 |  |
| 新保険医療機関名 |  |
| 移転の有無 | ０.　無　　　　　　　　　　１.　有 |
| 移転前所在地住所 |  |
| 移転後所在地住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 病床数変更の有無 | ０.　無　　　　　　　　　　１.　有 |
| 保険医療機関コード変更の有無 | ０.　無　　　　　　　　　　１.　有 |

当院は、上記のとおり、保険医療機関の名称等を変更します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関コード |  |

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所

開設者名

（連絡先）担当者名：

所属部署：

電話番号：

Ｅ－mail：

厚生労働省保険局医療課長　殿

（提出上の注意）

別紙３、５又は７の提出後に合併後病院、分割後病院又は変更後病院の保険医療機関名称に変更が生じた場合も速やかに本紙を提出すること。