# （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。

（提出上の注意）

本届出書は、直近に予定している診療報酬改定の６か月前までに地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。なお、当該届出書の受付については、厚生労働省において診療報酬改定の６か月前までの一定期間を受付期間として設定し各ＤＰＣ準備病院に連絡するので、当該期間内に提出すること。

# （別紙２）

**ＤＰＣ対象病院等の再編に係る申請書**

（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　　に再編を予定しています。

再編後も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。

申請が認められなかった場合、ＤＰＣ準備病院となることを　（希望します　・　希望しません）。

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対象病院等の再編に係る申請書（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。

３　本申請書は、再編年月日の６か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

# （別紙３）

**ＤＰＣ対象病院等の再編に係る申請書（別紙）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 再編前病院①（※1） | 再編前病院②（※1） | 再編後病院（※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 |
| 直近１年間の継続したＤＰＣデータの提出（予定） |  |  | 有　・　無 |
| 直近１年間の１ヶ月あたりのデータ／病床比（予定） |  |  |  |
| 直近１年間の１ヶ月あたりのデータ数（予定） |  |  |  |
| 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。

　※２　再編前の病院数が３以上、又は再編後の病院数が２以上になる場合は、適宜、様式を修正すること。

（提出上の注意）

　本申請書は、再編年月日の６か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

（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の（１）のイの（イ）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３の（１）のイの（ウ）に該当する場合：再編年月日

・　本文第１の４(２)の柱書に該当する場合：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①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①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①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

・　本文第１の４(２)の②に該当する場合：入院基本料に係る施設基準の変更の届出により対象病床数が０となる日

（提出上の注意）

　本届出書は、本文第１の４(２)の柱書に該当する場合は、直近に予定している診療報酬改定の６か月前までに、本文第１の４(２)の②に該当する場合は、入院基本料にかかる施設基準の変更の届出と併せて、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

# （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**

（その他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。

３　本届出書は、直近に予定している診療報酬改定の６か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

# （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対象病院又はＤＰＣ準備病院の名称の変更又は所在地の変更（至近の距離の場合）に係る届出書**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 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）

　本届出書は、名称又は所在地の変更の２か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

# （別紙17）

**ＤＰＣ対象病院等の再編に係る届出書**

（保険医療機関名称）

当院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

　　　　　別紙18の保険医療機関　　　　　と、

　　令和　　　　年　　　　月　　　　日　　に再編を予定しています。

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

（提出上の注意）

１　本届出書には、必要事項を記載した別紙18「ＤＰＣ対象病院等の再編に係る届出書（別紙）」を添付して提出すること。

２　本届出書の提出後、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。

３　本届出書は、再編年月日の６か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

# （別紙18）

**ＤＰＣ対象病院等の再編に係る届出書（別紙）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 再編前病院①（※1） | 再編前病院②（※1） | 再編後病院（※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 |
| 直近１年間の継続したＤＰＣデータの提出（予定） |  |  | 有　・　無 |
| 直近１年間の１ヶ月あたりのデータ／病床比（予定） |  |  |  |
| 直近１年間の１ヶ月あたりのデータ数（予定） |  |  |  |
| 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。

※２　再編前の病院数が３以上、又は再編後の病院数が２以上になる場合は、適宜、様式を修正すること。

（提出上の注意）

　本届出書は、再編年月日の６か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

# （別紙19）

**ＤＰＣ対象病院等の所在地の変更に係る申請書**

（至近の距離への所在地の変更以外の場合）

（保険医療機関名称）

当院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

　　令和　　　　年　　　　月　　　　日　　に所在地の変更を予定しています。

所在地の変更後も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。

申請が認められなかった場合、ＤＰＣ準備病院となることを　（希望します　・　希望しません）。

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20「ＤＰＣ対象病院等の所在地の変更に係る申請書（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。

３　本申請書は、所在地の変更年月日の６か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。

# （別紙20）

**ＤＰＣ対象病院等の所在地の変更に係る申請書（別紙）**

（至近の距離への所在地の変更以外の場合）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地の変更前の病院（※1） | 所在地の変更後の病院（※1） |
| 保険医療機関コード |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 |
| 直近１年間の継続したＤＰＣデータの提出（予定） |  | 有　・　無 |
| 直近１年間の１ヶ月あたりのデータ／病床比（予定） |  |  |
| 直近１年間の１ヶ月あたりのデータ数（予定） |  |  |
| コーディング委員会の設置(予定） | 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。

（提出上の注意）

　本申請書は、所在地の変更年月日の６か月前までに、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること。