

(別添)

実績報告 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

コード番号	—
-------	---

保険医療機関名 : \_\_\_\_\_

届出受理年月日 : \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日

先進医療の費用(届出時) : \_\_\_\_\_ 0円  
(うち、人件費 \_\_\_\_\_ 0円)

先進医療名 : \_\_\_\_\_

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)	先進医療 費用(円)		総 合 計 (①+②+③+ ④) (円)	評価結果
										患者負担③	その他④		
1			男・女									0	
2			男・女									0	
3			男・女									0	
4			男・女									0	
5			男・女									0	
6			男・女									0	
7			男・女									0	
8			男・女									0	
9			男・女									0	
10			男・女									0	
							合 計	0	0	0	0	0	

保険外併用療養費分の合計 0円 患者1人当たりの平均保険外併用療養費分 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 0円 患者1人当たりの平均先進医療費用(患者負担) 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 0円 患者1人当たりの平均先進医療費用(その他) 0円

上記に係る総合計 0円 患者1人当たり平均総合計 0円

※ 実績が0件の場合、別途理由書を添付すること (様式は自由)