

実績報告 (令和 元年 7月 1日 ~ 令和 2年 6月 30日)

コード番号

保険医療機関名 :

届出受理年月日 :

患者申出療養の名称 :

患者申出療養の費用(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		患者申出療養費用(円)		総合計(①+②+③+④)(円)	評価結果
								保険外併用療養費分①(円)	被保険者負担金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			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
患者申出療養費用(患者負担)の合計(③)	0円	患者1人当たりの平均患者申出療養費用(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
患者申出療養費用(その他)の合計(④)	0円	患者1人当たりの平均患者申出療養費用(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