

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(3 D F D) 第 号
連絡先 担当者氏名： 電話番号：			
(届出事項) <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; margin: 10px 0;"> [3次元プリント有床義歯] の施設基準に係る届出 </div>			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p style="margin-top: 20px;">令和 年 月 日</p> <p style="margin-top: 20px;">保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p style="margin-left: 200px; margin-top: 10px;">開設者名</p> <p style="margin-left: 100px; margin-top: 10px;">殿</p>			
<p>備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。</p> <p>2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。</p> <p>3 届出書は、1通提出のこと。</p>			

3次元プリント有床義歯の施設基準に係る届出書添付書類

1. 当該療養に係る歯科医師の氏名等	
歯科医師 1	
歯科医師名	
経験年数	
歯科医師 2	
歯科医師名	
経験年数	
歯科医師 3	
歯科医師名	
経験年数	
2. 当該療養に係る歯科技工士	
歯科技工士 1	
歯科技工士名	島中 剛
歯科技工所名	株式会社フジ・デンタルラボ
歯科技工士 2	
歯科技工士名	辻 忠司
歯科技工所名	株式会社TDS
歯科技工士 3	
歯科技工士名	
歯科技工所名	
3. 当該療養に係る医療機関の体制状況等	
コンピュータ支援設計・製造ユニット	
医療機器届出番号	27B1X00060900029
製品名	カーラプリント4.0プロ
製造販売業者名	クルツァージャパン株式会社
特記事項（その他）	
歯科技工用重合装置	
医療機器届出番号	27B1X00060900028
製品名	カーラプリントLEDキュア
製造販売業者名	クルツァージャパン株式会社
特記事項（その他）	

〔記載上の注意〕

1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」に記載すること。

2 「3」については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。