

実績報告(年月日 ~ 年月日)

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(+ + +)(円)	評価結果
								保険外併用療養費分(円)	保険外併用療養費分に係る一部負担金(円)	患者負担	その他		
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(+) 0円

患者1人当たりの平均保険外併用療養費分((+)/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() 0円

患者1人当たりの平均患者申出療養費用(患者負担)(/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() 0円

患者1人当たりの平均患者申出療養費用(その他)(/総件数) 0円

上記に係る総合計(+ + +) 0円

患者1人当たり平均総合計((+ + +)/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。

《実施責任医師記入欄》

所属

署名

<特記事項>(コメントがあればこちらに記入して下さい)