

(別紙1)

D P C 制度への参加に係る届出書

参加基準（該当する項目の□をチェックすること。）

- 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)
- A207診療録管理体制加算に係る届出を行っている。
- 「D P C 導入の影響評価に関する調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる。
- 調査期間1か月当たりの（データ／病床）比が0.875以上となる見込みである。

当院は、上記基準のすべてを満たしているので、届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1	担 当 者 2
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

(注意事項)

※1 7対1入院基本料、10対1入院基本料とは、A100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及びA105専門病院入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料をいう。

(別紙2)

D P C対象病院の基準に係る届出書

1. D P C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。)

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> 7対1入院基本料又は10対1入院基本料</p> <p><input type="checkbox"/> A207診療録管理体制加算</p> <p><input type="checkbox"/> 「D P C導入の影響評価に関する調査 (特別調査を含む。)」に適切に参加できる。</p> |
|---|

2. 上記基準を満たすための計画^(※1)

D P C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. D P C対象病院の基準を満たす期限^(※2)

平成	年	月	日
----	---	---	---

上記のとおり届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

(注意事項)

- ※1 D P C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。
- ※2 D P C対象病院の基準を満たす期限は、本届出日の3か月後の初日を記載すること。
- ※3 D P C対象病院の基準を満たす期限までに基準を満たせない場合は、期限が到来した月の3か月後の初日にD P C制度から退出するものとする。(期限が到来した月の翌月初日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行うものとする。)

(別紙3)

D P C 制度からの退出に係る届出書

(退出理由)

当院は、上記理由により、D P C 制度から退出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名

印

(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

(注意事項)

- ※1 本退出届を直前に予定している診療報酬改定の6か月前までに提出した病院は、当該診療報酬改定の時期に合わせてDPC制度から退出する。(診療報酬改定の時期に合わせた退出とは、診療報酬改定の前々月初日に退出することをいう。)
- ※2 DPC対象病院の基準について猶予期間(3か月)を超えてもなお基準を満たせない病院は、猶予期間終了後速やかに本退出届を提出することとし、当該病院は3か月の猶予期間を超えた月の3か月後の初日にDPC制度から退出する。(3か月の猶予期間を超えた翌月初日以降新たに入院する患者から医科点数表により算定を行うものとする。)
- ※3 合併又は分割後のDPC制度への継続参加が認められなかった病院及びDPC制度への継続参加が認められた後の継続参加の基準を満たしていない病院は、本退出届を厚生労働省保険局医療課に提出すること。
- ※4 通常の場合によりDPC制度から退出した病院(診療報酬改定の時期に合わせてDPC制度から退出した病院)は、次回診療報酬改定までの間、「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又はA105専門病院入院基本料を算定している場合に限る。
- ※5 DPC対象病院の基準を満たさなくなった場合によりDPC制度から退出した病院(第1の1の(2)に定めるDPC対象病院の基準のうち、①、②及び④を満たさないことによりDPC制度から退出した病院に限る。)、合併又は分割後のDPC制度への継続参加が認められなかった病院及びDPC制度への継続参加が認められた病院が、合併又は分割後の継続参加の基準を満たしていない場合は、次々回診療報酬改定までの間、「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加しなければならないものとする。ただし、当該調査期間中にA100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)又はA105専門病院入院基本料を算定している場合に限る。
- ※6 本退出届は、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙4)

D P C制度からの退出に係る届出書

(特別な理由がある場合)

当院は、D P C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。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名 印

(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

(注意事項)

- ※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 退出の可否については中央社会保険医療協議会において審査・決定することとする。
- ※3 審査後の決定案については、予め当該病院に通知することとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙5に定める不服意見書を提出することができる。
- ※4 特別の理由により緊急にD P C制度から退出した病院は、厚生労働省保険局医療課において定める期間について「D P C導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」に適切に参加すること。
- ※5 審査の内容については必要に応じ、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙5)

不服意見書

(通知された決定案)

(決定案に対する意見)

当院は、上記理由により、通知された決定案に対する意見を提出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名

印

(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6)

保険医療機関廃止に伴うDPC制度からの退出届

当院は、平成 年 月 日付で廃止するため、DPC制度から退出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名

印

(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7)

D P C 準備病院届出書

基準（該当する項目にチェックをすること。）

- 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、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)
- 「D P C 導入の影響評価に関する調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できる。
- 適切なコーディングに関する委員会を設置し、年2回以上、当該委員会を開催すること。

当院は、上記基準のすべてを満たしているので、届出を行います。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名

印

厚生労働省保険局医療課長 殿

事 項	担 当 者 1	担 当 者 2
保険医療機関名		
所 属 部 署		
役 職		
氏 名		
電 話 番 号		
F A X 番 号		
E - m a i l		

(注意事項)

- ※1 7対1入院基本料、10対1入院基本料とは、A100一般病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及びA105専門病院入院基本料の7対1入院基本料、10対1入院基本料をいう。
- ※2 現在、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6「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。
- ※3 DPC準備病院の募集期間等については、中央社会保険医療協議会の了承を得た上で、厚生労働省ホームページにおいて周知を行うため、留意すること。

(別紙 8)

D P C 準備病院届出書 (別紙)

保険医療機関名：

所在地住所：

1. 7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定していない場合、当該基準を満たすための計画を記載すること。

7対1又は10対1入院基本料の届出予定日	平成 年 月 日

2. A207診療録管理体制加算を算定していない場合、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	平成 年 月 日

(注意事項)

- ※ 1 計画の期限を含めて計画を策定すること。
- ※ 2 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。
- ※ 3 7対1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。

(別紙9)

D P C 準備病院辞退届

(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。
- D P C 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、D P C 準備病院を辞退します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所
及び名称

開設者名 印

(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11)

D P C対象病院等の合併に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院 _____ は、

(保険医療機関名称)

次の _____ と、

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ に合併を予定しています。

合併後もD P C対象(準備)病院の基準を満たす予定であり、D P C制度に継続参加を希望しています。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(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

(注意事項)

- ※1 本申請書は、D P C対象病院等（D P C制度参加病院以外含む）がD P C対象病院等と合併の予定があり、合併後もD P C制度への継続参加を希望している場合に、合併（予定）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。
- ※2 本申請書には、必要事項を記載した、別紙12「D P C対象病院等の合併に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- ※3 本申請書の提出後、申請内容等の合併に係る資料の提出が求められた場合は厚生労働省保険局医療課に速やかに提出すること。
- ※4 D P C制度継続参加の可否については、中央社会保険医療協議会において審査・決定することとする。
- ※5 審査後の決定案については、予め当該病院に通知することとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙5「不服意見書」を提出することができる。
- ※6 審査の内容については必要に応じ、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙12)

D P C 対象病院等の合併に係る申請書 (別紙)

	合併前病院① (※1)	合併前病院② (※1)	合併後病院 (※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)			
D P C 算定病床数 (予 定)			
届出 (予定) 入院基本料			
診療科目数 (予定)			
主たる診療科目 (予定)			
入院中の患者の引き継ぎ			有 ・ 無
病院職員 (医師、看護師 等) の引き継ぎ			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
適切なコーディネングに関 する委員会の設置 (予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(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

(注意事項)

※1 病院における状況（予定）について記入、該当する項目に○を付けること。

「合併前病院①」・・・合併にあたり主となる病院

「合併前病院②」・・・合併にあたり従となる病院

「合併後病院」・・・合併後の病院

(別紙13)

D P C 対象病院等の分割に係る申請書

(保険医療機関名称)

当院 _____ は、

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ に、

(保険医療機関名称 (予定))

_____ と、

(保険医療機関名称 (予定))

_____ に分割を予定しています。

分割後も D P C 対象 (準備) 病院の基準を満たす予定であり、D P C 制度に継続参加を希望しています。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(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

(注意事項)

- ※1 本申請書は、D P C対象病院等（D P C制度参加病院以外含む）が分割の予定があり、分割後もD P C制度への継続参加を希望している場合に、分割（予定）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。
- ※2 本申請書には、必要事項を記載した、別紙14「D P C対象病院等の分割に係る申請書（別紙）」を添付して提出すること。
- ※3 本申請書の提出後、申請内容等の分割に係る資料の提出が求められた場合は厚生労働省保険局医療課に速やかに提出すること。
- ※4 D P C制度の継続参加の可否については、中央社会保険医療協議会において審査・決定することとする。
- ※5 審査後の決定案については、予め当該病院に通知することとし、通知した決定案に不服がある病院は、1回に限り別紙5に定める不服意見書を提出することができる。
- ※6 不服意見書の審査内容については必要に応じ、中央社会保険医療協議会に報告を行うものであること。

(別紙14)

D P C 対象病院等の分割に係る申請書 (別紙)

	分割前病院 (※1)	分割後病院① (※1)	分割後病院② (※1)
保険医療機関コード		変更の 有 ・ 無 ・ 不明	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)			
D P C 算定病床数 (予 定)			
診療科目数 (予定)			
主たる診療科目 (予定)			
入院中の患者の引き継ぎ		有 ・ 無	有 ・ 無
病院職員 (医師、看護師 等) の引き継ぎ		有 ・ 無	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
適切なコーディングに 係る委員会の設置 (予定)	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
分割後の D P C 制度継続 参加の希望の有無		有 ・ 無	有 ・ 無

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地住所及び名称

開設者名

印

(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

(注意事項)

※1 病院における状況（予定）について記入、該当する項目に○を付けること。

「分割前病院」・・・分割前の病院

「分割後病院①」・・・分割後に主となる病院

「分割後病院②」・・・分割後に従となる病院