

(別添1)

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

患者申出療養の費用(届出時) 0円  
\_\_\_\_\_  
(うち、人件費 0円 )

患者申出療養の名称： \_\_\_\_\_

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)	保険外併用療 養費分に係る 一部負担金② (円)				
										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
患者申出療養費用(患者負担)の合	0円	患者1人当たりの平均患者申出療養費用(患者負担)	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)	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）

《実施責任医師記入欄》

所属

記名 印