

{

 CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー  
 光学印象
 
}

 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準 (該当するものに○)

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	
光学印象	

※ 「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」及び「光学印象」の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経過年数

3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	歯科技工所名	
中村 修啓	株式会社ノバデンタルラボトリー	

※ 歯科技工士が院内に配置されている場合には、歯科技工士の名のみ記載すること。

4 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号 CADは13B1X00155000245
	製品名 アドバCADシステム&MILL LW-1
	製造販売業者名 株式会社 GC 特記事項 CAMは13B1X00155000202
使用するデジタル 印象採得 装置	医療機器承認 (認証) 番号
	製品名 製造販売業者名 特記事項
その他 (特記事項)	

※ デジタル印象採得装置については、光学印象の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。

〔歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算  
歯科技工士連携加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準 (該当するものすべてに○)

<input type="checkbox"/>	歯科技工士連携加算 1 及び光学印象歯科技工士連携加算
<input type="checkbox"/>	歯科技工士連携加算 2

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	歯科技工所名
中村 修啓	株式会社ノバデンタルラボラトリー

3 診療体制 (歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合のみ記入する。)

該当	要件
<input type="checkbox"/>	当該医療機関内の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信設備を用いた連携に当たって、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。

【記載上の注意】

- 「2」について、歯科技工士が院内に配置されている場合には、歯科技工士の氏名のみ記載すること。
- 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、除医療機関と連携を行う歯科技工所名及び当該歯科技工所の歯科技工士の氏名を記載すること。
- 「3」について、歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合に、要件に適合する場合は□に「✓」を記入すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	届出番号	
[ 連絡先 担当者氏名: 電話番号: ]		
(届出事項)		
[ ] の施設基準に係る届出		
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関する届出、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行つたことがないこと。		
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び業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か月間において、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。		
標記について、上記基準のすべてに適合しているもので、別添の様式を添えて届出します。		
令和      年      月      日	開設者名	印
保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称		
殿		
備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「し」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。		