

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)

[ 歯科技工士連携加算 1  
歯科技工士連携加算 2 ] の施設基準に係る届出

- 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。
- 当該届出を行う前6か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。
- 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。
- 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ので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地  
及び名称

開設者名 印

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「√」を記入すること。  
3 届出書は、1通提出のこと。

〔 歯科技工士連携加算1  
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. 届出区分 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 歯科技工士連携加算1
	<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

歯科技工士1	
氏名	岩崎 淳
歯科技工所名	株式会社 デンタルアート
歯科技工士2	
氏名	菊池 優里
歯科技工所名	株式会社 デンタルアート
歯科技工士3	
氏名	
歯科技工所名	

3. 院内掲示等 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 連携する保険医療機関内の歯科技工士の氏名又は歯科技工所の名称及び連携内容について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している
	<input type="checkbox"/> 保険医療機関内の歯科技工士又は歯科技工所との連携体制について、ウェブサイトへの掲載を行っている

4. 歯科技工士の処遇改善等に係る体制 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 当該加算の連携する歯科技工士への手当や福利厚生等への活用
	<input type="checkbox"/> 当該加算の歯科技工士の勤務環境の改善等への活用
その他の処遇改善等に係る事項	

5. 情報連携体制 (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。)

保険医療機関内の歯科技工士又は歯科技工所との情報通信機器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」に準拠した体制を有している (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 体制を有している
	2 : 体制を有していない

〔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ついては、歯科技工士の氏名のみ記載すること。また、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、自ら管理するホームページ等を有しない場については、この限りではないこと。
- 「4」について、当該療養に係る歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善として、保険医療機関または歯科技工所にて、実施する内容について記載すること。