

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)
<p>歯科医院の先生のお名前と経歴の記入をお願い致します。 経歴は「歯科大学の卒業年」「歯科医院の開設年」「補綴診療の経験年数」のいずれかをご記入ください。</p>	

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考
堀 裕彦	株式会社 杏友会
伊藤 嘉保	株式会社 杏友会

弊社の製作担当と使用機材になります。
記入例とお送りする用紙の記載内容が異なる場合もございますが、用紙は最新の内容となっておりますので、ご安心ください。

3 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 ① 15B1X10001290003 ② 22B3X10006000020 ③ 22B3X10006000021 ④ 13B1X10118000026
	製品名 ① デンタルスキャナー SC3 ② 歯科用CAD/CAMマシン DWX-50 ③ 歯科用CAD/CAMマシン DWX-51D ④ インラボ MCX5
	製造販売業者名 ① クラレノリタケデンタル株式会社 ② ローランドディー.ジー.株式会社 ③ ローランドディー.ジー.株式会社 ④ デンツプライシロナ株式会社
	特記事項
その他 (特記事項)	

[記載上の注意]

- 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を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

厚生局が記入しますので、空欄で
ご提出をお願いします。

保険医療機関コード		届出番号	(歯CAD) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:		本届書の記入にお問い合わせがあ った場合にご回答が可能な方ご 連絡先をご記入ください。	
(届出事項) <div style="text-align: center;"> <p>[CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー]</p> <p>の施設基準に係る届出</p> </div> <div style="text-align: right;">[2-243]</div>			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6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。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6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。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6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のので、別添の様式を添えて届出します。			
令和 年 月 日		忘れずにご記入ください。	
保険医療機関の所在地 及び名称			
開設者名		開設者様の名前をご記入ください。 以前は押印が必要でしたが、現在は不要 となっております。	
関東信越厚生局長 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「レ」を記入すること。 3 届出書は、 <u>1通提出</u> のこと。			

レ点を入れて
ください。

現在地、歯科医院名をご記入ください。
ゴム印でも問題ありません。

以前は2通必要でしたが、
現在は1通で問題ありません。