

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	経験年数
歯科医院の先生のお名前と経歴の記入をお願いいたします。 経歴は「 <u>歯科医院の開設年数</u> 」「 <u>補綴診療の経験年数</u> 」のいずれかをご記入ください。	

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
堀 裕彦	株式会社 杏友会
伊藤 嘉保	株式会社 杏友会

※歯科技工士 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がありますが、お渡しする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。

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	① 15B1X10001290003 ② 22B3X10006000020 ③ 22B3X10006000021 ④ 13B1X10118000026
	製品名	① デンタススキャナー SC3 ② DWX-50 ③ DWX-51D ④ インラボ MCX-5
	製造販売業者名	① クレリタケデンタル株式会社 ②③ ローランド DG株式会社 ④ デンツプライシンロ株式会社
	特記事項	
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) 光学印象の申請を提出される際はこちらのご記入をお願いいたします。(CAD/CAM冠・インレーの施設登録申請のみの場合空欄で問題ありません。)

※デジタル印象採得装

院内で使用している口腔内スキャナーの情報をご記入ください。
 記入項目につきましては、ご購入いただいたディーラー様へご確認をお願いします。

記入例

赤枠部分のご記入をお願いいたします。

別添2

医院開設時に発行されているコードをご記入ください。

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、空欄でのご提出をお願いいたします。

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:

本届書で問い合わせがある場合がございます。ご返答が可能なご連絡先をご記入ください。

(届出事項)

[CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー]

レ点を入れてください。

[2-243]

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

歯科医院名と医院の現住所をご記入ください。
ゴム印の押印でも問題ありません

開設者名

関東信越厚生局長 殿

医院の開設者様のお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。

- 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、1通提出のこと。

以前は2通必要でしたが、現在は1通で問題ありません。