

(様式8)

年 月 日

秋田県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

(宛先) 秋田県知事

開設者の住所

開設者の氏名

印

秋田県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、秋田県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び秋田県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名称	電話 ()					
	種類	病院 ・ 診療所 (有床)					
	所在地						
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所 (※1)						
	氏名 (※2)						
<input type="checkbox"/> 実務上の取扱い別添3に定める医療を行うことができる施設である。 <input type="checkbox"/> 指定医療機関に求められる以下の役割を行うことができる。 <ul style="list-style-type: none">肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び入院記録票の交付を行うこと。入院記録票の記載を行うこと。患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療に従事している医師に個人票等を作成させ、交付すること。当該月以前の12月以内に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)を受けた月数が既に3月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる肝がん・重度肝硬変入院関係医療(一部負担額が特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。その他、指定医療機関として本事業に必要な対応について協力すること。							

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地 ※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名