(別紙様式22)

間歇スキャン式持続血糖測定器の使用(診療報酬の算定方法に掲げる療養と

しての使用を除く。)の実施(変更)報告書

上記について報告します。

令和 　 年 　 月 　 日

保険医療機関コード

連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険医療機関の

担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地及び名称

　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者名

北海道厚生局長　殿

(実施日・変更日 　 年 　 月　 日)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一般的名称及び製品コード | 医療機器の販売名 | 患者からの徴収額 |
|  |  | 円 |