別紙報告様式（送付文等は不要）　　　　　　　　　　　報告日：令和７年　　月　　日

E-mail [kokuho@pref.shizuoka.lg.jp](mailto:kokuho@pref.shizuoka.lg.jp)

**ＦＡＸ ０５４－２２１－３２９１**

静岡県健康福祉部国民健康保険課事業運営班あて

**特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について（令和７年４月１日現在）**

　本報告について照会する場合の御担当　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）

TEL (　　　　　　　　　　　　　　　）　FAX (　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の種別 | (該当するものに○をつけてください。複数該当の場合はすべてに○)  １ 特別養護老人ホーム（地域密着型も含む）  ２ 指定短期入所生活介護事業所  ３ 指定介護予防短期入所生活介護事業所 | | | | | | |
| 施　設　の　状　況 | 施設の名称 | | (事業所番号　　　　　　) | | | | |
| 所在地 | |  | | | | |
| 開設（経営）主体 | |  | | | | |
| 開設者名 | |  | | | | |
| 定員  (施設の種別ごとに記入) | | 特別養護老人ホーム（1）  　　　　　　　　　　　人 | | | 指定短期入所生活介護事業所等  （2＋3）  　　　　　　　　　　　　人 | |
| 併設医療機関の有無  ＊記入上の注意１参照 | | 有　・　無 | | | | |
| 併設医療機関名  ＊記入上の注意２参照 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 開設（経営）主体 |  | | | | | |
| 開設者名 |  | | | | | |
| 医 師 の 状 況 | 氏名 |  | | | | | |
| 常勤の有無 |  | | | | | |
| 配置契約の有無  （契約の内容） | 有　・　無 | | 専門の診療科 |  | | 契約期間：  年 　月～　 年 　月  自動更新（する・しない） |
| 一月当たり　　日、週　　曜日、　　時～　　時 | | | | |
| ＊記入上の注意３参照 | 所属医療機関名 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |

[記入上の注意]

１　施設の状況欄は、施設の現状について記入し、病院又は診療所と施設が併設されている場合は、｢併設医療機関の有無｣を有とした上で、併設医療機関の名称等について記入すること。

２　施設の医務室や診療所で、保険医療機関の指定を受けている場合は「併設医療機関」として記入すること。（保険医療機関の指定を受けていない場合は、記入不要。）

３　医師の状況欄は、現在契約している医師の状況について記入すること。（配置医師が複数の場合、別葉を作成する。この場合、「施設の状況」欄は省略可。）

４　配置医師契約に変更が生じた場合、その都度報告すること。