

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー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(経歴年数を含む。) |
|---------|--------------|
| | |
| | |
| | |

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

| 氏名 | 備考 |
|-------|---------------|
| 松下 浩之 | ケンデンタリックス株式会社 |
| | |
| | |

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 | 13B1X00155000292 |
| | 製品名 | Aadvaハーモニー |
| | 製造販売業者名 | 株式会社ジーシー |
| | 特記事項 | |
| その他 (特記事項) | その他に使用する歯科用CAD/CAM装置として下記に記載致します。 医療機器届出番号 26B1X00004000244 医療機器届出番号 27B1X00039000064 製品名 松風S-WAVEスキャナーD2000 製品名 アークティカCAD/CAMシステム 製造販売業者名 株式会社 松風 製造販売業者名 カボデンタルシステムズジャパン株式会社 | |

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 「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

| | |
|---|-----------------|
| 保険医療機関コード 又は保険薬局コード | 届出番号 (歯CAD) 第 号 |
| (連絡先 担当者氏名: 電話番号:) | |
| (届出事項) [CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー] の施設基準に係る届出 | |
| <p> <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。 </p> <p> <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。 </p> <p> <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。 </p> <p> <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。 </p> <p> 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。 </p> <p style="margin-top: 20px;"> 令和 年 月 日 </p> <p style="margin-top: 20px;"> 保険医療機関の所在地 及び名称 </p> <p style="margin-top: 20px; text-align: right;"> 開設者名 </p> <p style="margin-top: 20px; text-align: center;"> 厚生局長 殿 </p> | |
| <p>備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。</p> <p>2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。</p> <p>3 届出書は、1通提出のこと。</p> | |

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー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(経歴年数を含む。) |
|---------|--------------------|
| ケン太郎 | ケンケン歯科大学 平成12年3月卒業 |
| | 経歴年数14年 |
| | |

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

| 氏名 | 備考 |
|-------|---------------|
| 松下 浩之 | ケンデンタリックス株式会社 |
| | |
| | |

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 | 13B1X00155000292 | | | | | | | | | | | | |
| | 製品名 | Aadvaハーモニー | | | | | | | | | | | | |
| | 製造販売業者名 | 株式会社ジーシー | | | | | | | | | | | | |
| | 特記事項 | | | | | | | | | | | | | |
| その他 (特記事項) | <p>その他に使用する歯科用CAD/CAM装置として下記に記載致します。</p> <table border="0"> <tr> <td>医療機器届出番号</td> <td>26B1X00004000244</td> <td>医療機器届出番号</td> <td>27B1X00039000064</td> </tr> <tr> <td>製品名</td> <td>松風S-WAVEスキャナーD2000</td> <td>製品名</td> <td>アークティカCAD/CAMシステム</td> </tr> <tr> <td>製造販売業者名</td> <td>株式会社 松風</td> <td>製造販売業者名</td> <td>カボデンタルシステムズジャパン株式会社</td> </tr> </table> | | 医療機器届出番号 | 26B1X00004000244 | 医療機器届出番号 | 27B1X00039000064 | 製品名 | 松風S-WAVEスキャナーD2000 | 製品名 | アークティカCAD/CAMシステム | 製造販売業者名 | 株式会社 松風 | 製造販売業者名 | カボデンタルシステムズジャパン株式会社 |
| 医療機器届出番号 | 26B1X00004000244 | 医療機器届出番号 | 27B1X00039000064 | | | | | | | | | | | |
| 製品名 | 松風S-WAVEスキャナーD2000 | 製品名 | アークティカCAD/CAMシステム | | | | | | | | | | | |
| 製造販売業者名 | 株式会社 松風 | 製造販売業者名 | カボデンタルシステムズジャパン株式会社 | | | | | | | | | | | |

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 「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

| | | | |
|---|----------|-------|---------------|
| 保険医療機関コード 又は保険薬局コード | ●●●●●●●● | 届出番号 | (歯CAD) 第 号 |
| 連絡先 担当者氏名: KEN歯科医院 電話番号: ケン太郎 03-6801-8194 | | ここは空欄 | |
| (届出事項) | | | |
| [CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー] | | | |
| の施設基準に係る届出 | | | |
| 確認後 <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| <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もので、別添の様式を添えて届出します。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| 保険医療機関の所在地 及び名称 | | | |
| 開設者名 | | | |
| ○○○○○ 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 <input type="checkbox"/> 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。 | | | |