

4-3. 報告様式の提出

報告様式 1 および報告様式 2 について、「2. 報告様式の入手から提出までの流れ」の「2-4. 報告期限」(P.7)にしたがって、以下の(1)、(2)のいずれかの方法でご報告ください。

なお、**FAX または電子メールによる報告様式のご提出は受け付けておりません。**

提出いただく報告様式の電子ファイルまたは紙媒体の写しは、平成 31 年 3 月末まで各医療機関にて保管いただきますようお願いいたします。

1) インターネット上で報告する方法 (推 奨)

提出用ファイルは、病床機能報告ホームページ上よりアップロードにてご報告いただけます。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>
(厚生労働省ホームページ> 政策について> 分野別の政策一覧> 健康・医療> 医療> 病床機能報告)

① 報告用ページへのログイン

医療機関ごとに付与された医療機関 ID・パスワードによってログインする必要があります。医療機関 ID・パスワードは、本マニュアルの送付状に記載されています。

(医療機関 ID・パスワードは、平成 31 年 3 月末まで大切に保管してください。)

厚生労働省
平成30年度 病床機能報告

厚生労働省
「平成30年度 病床機能報告」事務局

報告用ページへのログイン

事前に送付済みの医療機関 ID / パスワードを入力してログインしてください。

医療機関 ID : ※半角数字8桁
パスワード :

ログイン

※医療機関 ID / パスワードは、前年度の「平成29年度 病床機能報告」において発行したものと異なります。

※医療機関 ID / パスワードが分からない方は、「医療機関 ID / パスワードを紛失された場合の問合せ窓口」まで、電子メールまたはFAXによりご連絡ください。(メール/FAXの件名を「ID/パスワード連絡依頼」とご記載のうえ、本文に医療機関名、担当者名、所在地、電話番号をご記載ください。)

※報告マニュアル、紙媒体報告様式等の資料送付を希望される場合についても、「医療関係窓口」まで、電子メールまたはFAXによりご連絡ください。(メール/FAXの件名を「資料再送依頼」とご記載のうえ、本文に医療機関名、担当者名、所在地、電話番号、再送を要する資料の種類をご記載ください。)

お問い合わせはこちら

<医療関係窓口>
電子メールアドレス : byousyoukinou@mizusho-ir.co.jp
Fax (フリーダイヤル) : 0120-139-121 [24時間受付]
※医療機関 ID、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載のうえ、お問い合わせください。

<医療機関 ID / パスワードを紛失された場合の問合せ窓口>
電子メールアドレス : byousyoukinou-id@mizusho-ir.co.jp
Fax (フリーダイヤル) : 0120-529-130 [24時間受付]
※医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載のうえ、お問い合わせください。

本サイトは、SSL暗号化通信によるデータ送信です。
SSLとは?

Copyright © 「平成30年度 病床機能報告」事務局

②報告様式のアップロード

画面の中央にある「アップロード」ボタンをクリックすると、アップロードボタンの表示までページがスクロールします。

「アップロード」ボタンをクリックして、作成した提出用ファイル（拡張子が「bkh」ファイル等）が保存されている場所を指定します。ファイルを指定後、「アップロード」ボタンをクリックすると、指定されたファイルがアップロードされます。

厚生労働省
平成30年度 病床機能報告

データ基盤構築（メールアップロード）（ログイン）
厚生労働省
「平成30年度 病床機能報告」事務局

報告対象外医療機関申告書
または報告様式1、報告様式2の報告用ページ

報告様式チェックソフトのダウンロード
・ アップロード
・ お知らせ
・ お問い合わせ

回答済みの報告対象外医療機関申告書または報告様式1、報告様式2を下のボタンから報告してください。
報告様式1、報告様式2の提出用ファイル（「bkh」ファイル）の作成に当たっては、チェックソフトを用いて入力ファイルのデータチェックを行い、提出用ファイル（「bkh」ファイル）に変換する必要があります。原則、提出用ファイルは、チェックソフトを用いて変換された提出用ファイル（「bkh」ファイル）に変換する必要があります。

※保存するファイル名は、チェックソフトの出力ファイル名をそのままにしてください。
※Excelファイルは、Excelファイルの拡張子（.xlsx）を必ずつけてください。
※Excelファイルのアップロードは、Excelファイルのアップロード機能をご利用ください。
※アップロード結果については、画面下部の「アップロード結果」をご覧ください。

報告様式チェックソフトのダウンロード

※30 報告様式1用 チェックソフト (zipファイル) [Download]

※30 報告様式2用 チェックソフト (zipファイル) [Download]

※30 報告様式1・2 チェックソフト取扱説明書 (pdfファイル) [Download]

※チェックソフトはデスクトップに保存してください。
※ダウンロードされたチェックソフトは圧縮されています。必ず解凍してご使用ください。
※チェックソフトが正常に動作しない場合には、エラーメッセージが出たパソコン画面をプリントスクリーンで画像保存していただき電子メールまたはFAXによりお問い合わせください。

アップロード

下記ボタンより、アップロードしてください。
※テキストファイルはアップロードできません。

アップロード

送信履歴（内容確認中）

※報告が完了した場合には翌日にメッセージが更新されますので、ご確認ください。
※提出されたファイルが開封できないか破損等により読み込みできない、またパスワードがかかっている場合は、確認に時間を要します。延長照会窓口での確認はできませんので、あらかじめご了承ください。

送信履歴（内容確認結果）

※ファイルは、最新のアップロード日時を採用します。
※「報告対象外医療機関申告書」は、報告対象外に該当する場合にアップロードをします。
※送信履歴は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

報告様式1	報告様式2	報告対象外医療機関申告書
提出ファイル	提出ファイル	提出ファイル
bkh11_h30_12345678_20181023091011.bkh	bkh21_h30_12345678_20181212092233.bkh	00_h30_shinkokusho.xlsx
2018年9月5日(水) 15:08	2018年9月5日(水) 15:03	2018年9月5日(水) 15:58
報告が完了しました。	報告が完了しました。	報告が完了しました。
bkh11_h30_12345678_20181022134455.bkh		
2018年9月5日(水) 15:00		
これより最新のファイルがあるため、報告ファイルとして取り扱いません。		

お問い合わせはこちら

<延長照会窓口>
電子メールアドレス：byouyokukinou@mizuho-ir.co.jp
Fax（フリーダイヤル）：0120-139-121 [24時間受付]
※医療機関：D、医療機関名、担当名、所在地、電話番号を必ず記載のうえ、お問い合わせください。

<医療機関IDノースワードを紛失した場合の照会窓口>
電子メールアドレス：byouyokukinou-id@mizuho-ir.co.jp
Fax（フリーダイヤル）：0120-528-120 [24時間受付]
※医療機関名、担当名、所在地、電話番号を必ず記載のうえ、お問い合わせください。

本サイトは、SSL暗号化通信によるデータ送信です。
SSLとは？

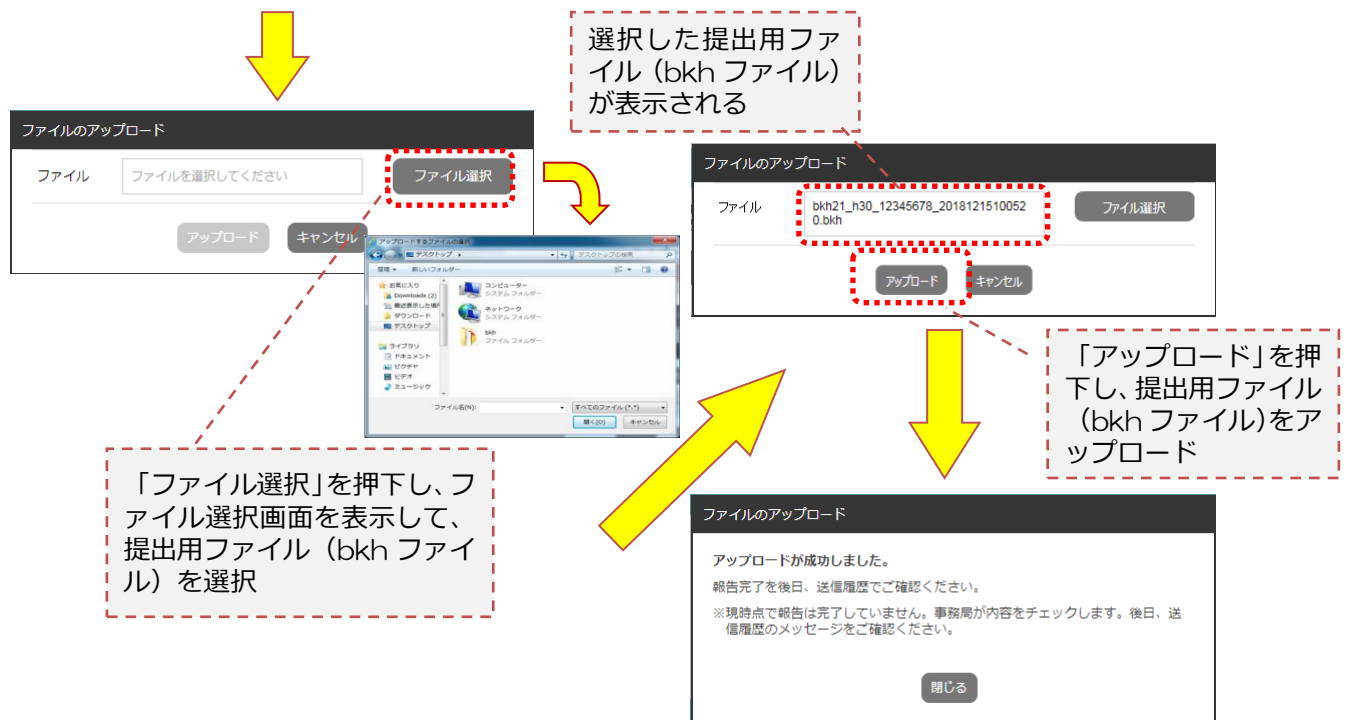
Copyright © 「平成30年度 病床機能報告」事務局

クリックして、アップロードボタンの表示画面までスクロール

- アップロードの際は、報告様式チェックソフトを用いて変換された提出用ファイル名を変更しないでください。
- 同一の報告様式に関して複数のファイルがアップロードされた場合は、最新のアップロードファイルが有効となります。

「アップロード」ボタンをクリックし、ファイルのアップロードを行う

次頁へ



③アップロード成否の確認、提出状況の確認

アップロードが正常に実行された場合のみ、送信履歴にファイル名とアップロード日時が表示されます。成否をご確認ください。アップロードが実行されなかった場合は、送信履歴は更新されません。

アップロードされたファイルについては、報告内容に不備がないか、調査事務局にて確認致します。確認には時間を要するため、「報告が完了しました。」というメッセージが提出状況欄に表示されるまでは報告は完了していません。ご注意ください。

送信履歴 (内容確認中)		
※報告が完了した場合には翌日にメッセージが更新されますので、ご確認ください。 ※提出されたファイルが開封できないか破損等により読み込めない、またパスワードがかかっている場合は、確認に時間を要します。疑義照会窓口での確認はできませんので、あらかじめご了承ください。		
提出ファイル	提出日時	提出状況
bkh21_h30_12345678_20181215100520.bkh	2018年9月5日(水) 16:20	提出を受けました。内容を確認中です。
送信履歴 (内容確認結果)		
※ファイルは、最新のアップロード日時を採用します。		

提出されたファイルが該当する報告様式か、確認中です。まだ報告は完了していません。

送信履歴（内容確認中）

※報告が完了した場合には翌日にメッセージが更新されますので、ご確認ください。

※提出されたファイルが開封できないか破損等により読み込めない、またパスワードがかかっている場合は、確認に時間を要します。疑義照会窓口での確認はできませんので、あらかじめご了承ください。

アップロードが行われた場合、送信履歴が更新されます。

このメッセージが表示されれば、報告は完了です。

報告様式1

提出ファイル	提出状況
bkh11_h30_12345678_20181023091011.bkh 2018年9月5日(水) 16:08	報告が完了しました。
bkh11_h30_12345678_20181022134455.bkh 2018年9月5日(水) 16:00	これより最新のファイルがあるため、報告ファイルとして取り扱いません。

報告様式2

提出ファイル	提出状況
bkh21_h30_12345678_20181215100520.bkh 2018年9月5日(水) 16:20	報告が完了しました。
bkh21_h30_12345678_20181212092233.bkh 2018年9月5日(水) 16:03	これより最新のファイルがあるため、報告ファイルとして取り扱いません。

報告対象外医療機関申告書

提出ファイル	提出状況
00_h30_shinkokusho.xlsx 2018年9月5日(水) 15:58	報告が完了しました。

なお、アップロード専用サイトにおけるセキュリティ対策については次のとおりです。

- ◆ 事前に配付された医療機関 I D 及びパスワードによるユーザ認証を行い、アップロードサイトへの不特定者からのアクセスを制限します。
- ◆ 病床機能報告様式データの流出リスクに対しては、医療機関とのインターネット経由のデータ送受信を政府推奨暗号化アルゴリズムの S S L 通信で暗号化することにより防御します。
- ◆ W E B サイト環境において適切な負荷分散などを行い、アクセス集中による障害・遅延を回避します。
- ◆ 障害などによる W E B サイト上のコンテンツやデータの消失リスクに対しては、バックアップ及び遠隔地保管の措置を講じます。

2) 電子記録媒体(CD-R 等)または紙の様式を郵送する方法

インターネット環境が整っていない等の理由により**アップロードが困難な医療機関は**、提出用ファイルを記録した電子記録媒体または紙の様式を日本郵便の一般書留等にて、以下の宛先にご送付ください。(「4 - 4. 郵送による報告に当たっての留意点」(P.20) もご確認ください。)

提出先：厚生労働省「平成 30 年度病床機能報告」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 竹橋スクエア 8 階
みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部内

- ※ 電子記録媒体は、原則として CD-R、DVD-R、DVD+R、DVD±R のいずれかをご使用ください。ご提出いただいた電子記録媒体は返却いたしません。ご注意ください。
- ※ 報告様式チェックソフトを用いて出力された提出用ファイル名は変更しないでください。なお、提出用ファイル名は、報告様式の種類に応じて、報告様式 1 の病院用の場合は「bkh11_h30_XXXXXXXX_YYYYMMDDhhmmss」、有床診療所用の場合は「bkh12_h30_XXXXXXXX_YYYYMMDDhhmmss」、報告様式 2 は「bkh21_h30_XXXXXXXX_YYYYMMDDhhmmss」となり、【XXXXXXXX】は貴院の医療機関 I D (8 桁) (本マニュアルの送付状に記載してあります)、【YYYYMMDDhhmmss】はファイル作成の西暦年月日の日時となります。

4-4. 郵送による報告における留意点

電子媒体（Excel ファイル）を保存した CD-R 等や紙媒体の報告様式を郵送により提出される場合には、それぞれ「○」がついている配達形式でご送付ください。なお、事務局への到着可否は、配達記録等により各医療機関においてご確認願います。

郵送でご報告される場合、提出にかかる郵送料や外部記録媒体にかかる費用、その他の費用は各医療機関のご負担となります。ご了承ください。また、郵送用の封筒についても各医療機関にてご準備ください。

配達事業者	配達形態	報告様式	
		CD-R 等	紙 媒体
佐川急便株式会社	飛脚メール便	×	×
	宅配便・航空便	○	×
	飛脚特定信書便	○	○
	飛脚ジャストタイム便	○	×
西濃運輸株式会社	宅配便・航空便	○	×
福山通運株式会社	宅配便・航空便	○	×
ヤマト運輸株式会社	宅配便・航空便	○	×
日本郵便株式会社	普通郵便	×	×
	特定記録郵便	×	×
	簡易書留	○	○
	書留	○	○
	ゆうパック	○	×
	スマートレター	×	×
	レターパックライト	×	×
	レターパックプラス	○	○

※ 電子記録媒体は、原則として CD-R、DVD-R、DVD+R、DVD±R のいずれかをご使用ください。

※ 集荷時間や持ち込み時間が遅くなった場合には、提出日が翌日に記録される可能性がございます。事前にご確認のうえ、提出日が期限に間に合うように発送してください。

【参考】提出日の確認等を行う必要があるため、上記以外の配送会社等を用いる場合は以下の3つの要件を全て満たす配送方法でご対応ください。

- ① 「提出日」および「配送状況」について、送付する医療機関側、受領する事務局側の双方がインターネット上で確認できる方法であること
- ② 対面による受け渡し時、双方のサインが必要となる方法であること
- ③ 紙媒体の場合、信書の取り扱いとなる方法であること

5. 疑義照会窓口

病床機能報告の報告作業におけるご不明点に関する疑義照会窓口は、下記のとおりとなります。疑義照会内容を正確に把握するため、**電子メールまたは FAX** にてお問い合わせください（電話での受付は行っておりません）。お問い合わせに当たっては、医療機関 I D（※）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。

なお、医療機関 I D・パスワードを紛失された場合は、専用窓口の**電子メールまたは FAX** まで、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を記載のうえ、お問い合わせください。

本報告マニュアル、各報告様式の記入要領、報告様式チェックソフト取扱説明書等の各種関連資料をご参照いただいたうえで、それでもなお不明な点がある場合はお問い合わせください。また、病床機能報告の対象医療機関以外からのお問い合わせについてはご回答ができません。あらかじめご了承ください。

報告様式のダウンロード方法、報告様式チェックソフトの操作方法についても、可能な限り各種関連資料をもとに操作を完了していただきますようお願い申し上げます。

インターネット環境がない等の理由により紙媒体報告様式の入手を希望される場合は、P.15 に記載された方法に従い、「紙媒体入手希望申請書」の所定項目にご記入のうえ、郵送または FAX にて、紙媒体入手希望受付窓口へご連絡ください。（電話での受付は行っておりません。）

※ 医療機関 I D は 9 月 18 日（火）に医療機関あてに発送予定の「報告マニュアル」の送付状に記載されています。

厚生労働省「平成 30 年度病床機能報告」事務局

（委託先：みずほ情報総研株式会社）

疑義照会窓口

電子メールアドレス： byousyoukinou@mizuho-ir.co.jp

FAX（フリーダイヤル）：0120-139-121 [24 時間受付]

※ 医療機関 I D、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載のうえ、お問い合わせください。

医療機関 I D・パスワードを紛失された場合の照会窓口

電子メールアドレス： byousyoukinou-id@mizuho-ir.co.jp

FAX（フリーダイヤル）：0120-528-130 [24 時間受付]

※ 医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載のうえ、お問い合わせください。

以上

平成30年度病床機能報告 「報告対象外医療機関」 申告書

※この申告書は、平成30年度の報告が対象外となる医療機関のみご提出ください。

◎貴院名						
◎ID（報告マニュアル送付状に記載の8桁のコード）						
◎医療機関住所		〒		-		
◎回答者	氏名					
	部署名					
	連絡先	電話番号	市外局番		-	
		FAX番号	市外局番		-	
e-mail					@	

1. 貴院の【平成30年7月1日時点】における病院・有床診療所の種別、一般病床あるいは療養病床の許可病床の有無、一般病床あるいは療養病床の許可病床がある場合の【休院・廃院】あるいは【全許可病床を返還（無床診療所へ移行）】の実施（予定）について、ご記入ください。

① 病院・有床診療所の種別	1. 病院 2. 有床診療所	該当番号 ⇒(1)	
② 一般病床または療養病床の許可病床の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号 ⇒(2)	
③ 【上記②の許可病床が「1. 有り」の場合】 施設全体の一般病床、療養病床それぞれの許可病床数をご記入ください。	許可病床数（一般病床）	該当番号 ⇒(3)	
	許可病床数（療養病床）	該当番号 ⇒(4)	
④ 【上記②の許可病床が「1. 有り」の場合】 平成30年度中に【休院・廃院】あるいは【全許可病床を返還（無床診療所へ移行）】する場合は、選択肢と実施（予定）年月をご記入ください。 ※入院の取り扱いがない「休床」とは異なります。	1. 休院・廃院済又は予定 2. 全許可病床を返還済み又は予定		
	3. 休院・廃院、全許可病床の返還の実施（予定）なし	該当番号 ⇒(5)	
実施（予定）がある場合の実施（予定）年月		平成	年 月

2. 平成30年度病床機能報告で報告対象外となる以下の医療機関に該当するか否かについて、ご記入ください。

1. 刑事施設等や入国者収容所等の中に設けられた医療機関	2. 皇室用財産である医療機関（宮内庁病院）
3. 特定の事業所等の従業員やそのご家族の診療のみを行う医療機関であって、保険医療機関でない医療機関	
4. 一般開放されていない病床のみの自衛隊病院等	5. 自衛隊医務室
6. 上記のいずれにも該当しない	該当番号 ⇒(6)

◎上記の回答が以下のいずれかに該当する場合は、平成30年度病床機能報告は「報告対象外」となります。

- ・ 1.-②が「2. 無し」の場合
- ・ 1.-④で平成30年度中に「1. 休院・廃院済又は予定」あるいは「2. 全許可病床を返還済み又は予定」の場合
- ・ 2. 報告対象外となる「1」～「5」のいずれかに該当する場合

※Excelでご回答の場合は、右記の報告対象判定をご確認ください。

Excelでご回答の場合の確認欄

病床機能報告の
報告対象判定

《設問は以上になります。ご回答、誠にありがとうございました。》

平成 30 年度病床機能報告 「報告対象外医療機関」 申告書 記入要領

1 「報告対象外医療機関」 申告書の概要

(1) 「報告対象外医療機関」 申告書の目的

この「報告対象外医療機関」申告書は、平成 30 年 10 月からの平成 30 年度病床機能報告に先立ち、円滑な報告を実現するために、報告対象外医療機関である場合にご提出いただくものです。「報告対象外医療機関」 申告書の所定項目にご記入のうえ、9 月 28 日（金）まで（必着）に事務局あてにご提出ください。

「報告対象外医療機関」 申告書の提出が必要な場合

- 報告対象外医療機関である場合
（平成 30 年度病床機能報告の実施依頼があった医療機関に限る）

(2) 「報告対象外医療機関」 申告書の提出方法

「報告対象外医療機関」 申告書のご提出は、下記のいずれかの方法により行うことが可能です。
（上記（1）に該当しない医療機関は、ご提出は不要です。）

「報告対象外医療機関」 申告書の提出方法について（下記①、②のいずれかによりご提出ください。）

- ① 厚生労働省「病床機能報告」ホームページ上に設置された専用ページから「報告対象外医療機関」申告書をダウンロードし、Excel ファイル上で回答・保存のうえ、報告マニュアルを参照し、アップロード用ページからアップロードすることによりファイル提出

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>
（厚生労働省ホームページ＞政策について＞分野別の政策一覧＞健康・医療＞医療＞病床機能報告）

- ② 同封の紙媒体様式へ記入し、以下の宛先に郵送または FAX にて提出

提出先：厚生労働省「平成 30 年度病床機能報告」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 竹橋スクエア 8 階
みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部内

FAX 番号：0120-139-121 [24 時間受付]（フリーダイヤル）

※郵送で提出する場合、提出にかかる郵送料や外部記録媒体にかかる費用、その他の費用は各医療機関のご負担となりますのでご了承ください。また、郵送用の封筒については各医療機関にてご準備ください。

(3) 疑義照会窓口

「報告対象外医療機関」 申告書に関してご不明点がある場合には、下記の疑義照会窓口までお問い合わせください。

「平成 30 年度病床機能報告」事務局 疑義照会窓口 （委託先：みずほ情報総研株式会社）

電子メールアドレス：byousyokinou@mizuho-ir.co.jp

FAX 番号：0120-139-121 [24 時間受付]（フリーダイヤル）

※FAX 番号のお間違えには十分ご注意ください。

2 記入の手引き

- 貴院の医療機関名称や、事前に送付する案内文書に記載されている医療機関ID、医療機関住所、本報告のご担当者、施設種別、許可病床の有無等について、施設管理者および事務部門の担当者をご記入ください。

◎ 貴院名	貴院の医療機関名称をご記入ください。
◎ ID（報告マニュアル送付状に記載の8桁のコード）	本書と同時に送付した報告マニュアル送付状のうち、貴院の住所が印字されている用紙に記載されている医療機関ID（数字8桁）をご確認のうえ、ご記入ください。
◎ 医療機関住所	貴院の郵便番号、所在地をご記入ください。
◎ 回答者	報告内容についてお問合せする場合がありますので、ご担当者の氏名および部署名、電話番号、FAX番号、e-mailアドレスについてご記入ください。
<u>1. 病院・有床診療所の種別等</u>	
① 病院・有床診療所の種別	平成30年7月1日時点における、貴院の病院・有床診療所（診療所・歯科診療所）の種別をご記入ください。
② 一般病床または療養病床の許可病床の有無	平成30年7月1日時点における、貴院の一般病床または療養病床の許可病床の有無をご記入ください。 許可病床とは、平成30年7月1日時点で、医療法第7条第1項から第3項にもとづいて開設許可を受けている病床をいいます。基準病床数制度で特例とされている特定の病床等も含めて有無をご判断ください。また、一般病床あるいは療養病床を有しているものの休床中の病床、医療保険の対象でない公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者、介護保険の対象である介護療養病床における医療等を行う病床についても、「有り」としてご回答ください。
③ 許可病床数	【上記②の許可病床が「1. 有り」の場合】 平成30年7月1日時点における、貴院の一般病床、療養病床それぞれの許可病床数をご記入ください。
④ 平成30年度中に 休院・廃院・ 全許可病床を 返還する予定	【上記②の許可病床が「1. 有り」の場合】 休院・廃院済みである、又は全許可病床を返還（無床診療所へ移行）済みである、もしくは平成30年度中に休院・廃院、または全許可病床を返還予定である場合には、該当番号を選択の上、実施年月または予定年月をご記入ください。 ※「休院」は、入院の取扱いがない「休床」とは異なります。
<u>2. 報告対象外となる医療機関</u>	平成30年度病床機能報告において、報告対象外となる「1」～「5」のいずれかに該当する医療機関である場合、当てはまる選択肢をご回答ください。いずれにも該当しない場合（報告対象の医療機関である場合）は「6. 上記のいずれも該当しない」を選択してください。 なお、「3」について、特定の事業所等の従業員やそのご家族の診療のみを行う医療機関であって、保険医療機関でないものについては、地域における病床の機能分化・連携の推進の対象とはならないものであるため、病床機能

◎病床機能報告の
報告対象判定
(Excelでご回答の
場合)

報告を省略しても差し支えないこととされています。

また、自衛隊病院等であっても、一般開放している場合は報告対象となります。

上記の1および2のご回答をもとに、平成30年度病床機能報告における報告対象／報告対象外の判定を行います。

Excelファイルの「報告対象外医療機関」申告書でご回答の場合は、上記の1および2のご回答結果をもとに、「病床機能報告の報告対象判定」の欄に「報告対象」または「報告対象外」のいずれかが表示されます。

紙媒体の「報告対象外医療機関」申告書でご回答の場合は、以下のいずれかに該当する場合に「報告対象外」となり、それ以外の場合は「報告対象」と判定されます。

【報告対象外となる場合】(以下のいずれか)

- ・ 1.-②が「2. 無し」の場合
- ・ 1.-④で平成30年度中に「1. 休院・廃院済又は予定」あるいは「2. 全許可病床を返還済み又は予定」の場合
- ・ 2. 報告対象外となる「1」～「5」のいずれかに該当する場合

平成30年度病床機能報告 紙媒体入手希望申請書

- ◆報告様式1、報告様式2の紙媒体を希望される医療機関は、以下の項目をご記入いただき、郵送もしくはFAXで申請をしてください。
事務局より紙媒体の報告様式をお送りいたします。
- ◆この用紙は報告様式ではありません。ご報告は報告様式1、報告様式2の両方をご提出ください。

◎貴院名					
◎ID（報告マニュアル送付状に記載の8桁のコード）					
◎医療機関住所		〒		-	
◎担当者	氏名				
	部署名				
	連絡先	電話番号	市外局番	-	-

◎病院・有床診療所の種別	1. 病院 2. 有床診療所 該当番号⇒(1)		病院の場合、 報告対象病棟数 (※有床診療所は記載不要)		病棟
--------------	-------------------------	--	------------------------------------	--	----

1. 貴院における【平成30年6月診療分であって7月審査分の入院レセプト】について、ご記入ください。					
① 平成30年6月に一般病床または療養病床に入院した患者の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号⇒(2)			
② ①のうち、一般病床または医療療養病床（介護療養病床を除く）に入院した患者の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号⇒(3)			
③ ②の入院患者の6月診療分について7月審査の診療報酬請求の有無	1. 有り 2. 無し	該当番号⇒(4)			
④ ③の診療報酬請求時のレセプト種別	1. 全てまたは一部を電子レセプトにより請求				
	2. 全て紙レセプトにより請求または診療報酬の請求無し		該当番号⇒(5)		

◆報告様式の入手時期

※報告様式2は、【医療機関A】と【医療機関B】の別により、紙媒体をお送りする時期が異なります。

【医療機関A】

◎上記1. の回答がすべて「1.」に該当する場合は、【医療機関A】となります。「報告様式1」をお送りした後、「報告様式2」を12月末に事務局よりお送りいたします。

【医療機関B】

◎上記1. の回答がいずれか「2.」に該当する場合は、【医療機関B】（休棟中の病棟、休床中の有床診療所もご報告が必要です。）となります。「報告様式1」と「報告様式2」を同時に事務局よりお送りいたします。

平成30年度病床機能報告 紙媒体入手希望申請書 記入要領

1 紙媒体入手希望申請書の概要

(1) 紙媒体入手希望申請書の目的

病床機能報告は、原則、電子媒体の報告様式を用いてご報告いただきます。紙媒体での報告を希望される場合、厚生労働省ホームページからダウンロードいただいた様式を医療機関において印刷のうえ、紙媒体で提出いただくことが可能です。

ただし、インターネット環境が整っていないため報告様式をダウンロードできない医療機関等、やむを得ない場合は、事務局からの紙媒体報告様式の郵送を希望いただくことが可能です。

ご連絡いただいた医療機関への紙媒体の報告様式発送は、ご希望の受付から発送までに5営業日程度の期間を頂戴する場合があります。あらかじめご了承ください。

(2) 紙媒体入手希望申請書の提出方法

紙媒体入手希望申請書は、下記の宛先へ郵送またはFAXでご提出ください。

紙媒体入手希望申請書の提出方法について

同封の紙媒体入手希望申請書へ記入し、以下の宛先に郵送またはFAXにて提出

提出先：厚生労働省「平成30年度病床機能報告」事務局

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3 竹橋スクエア8階
みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部内

FAX 番号：0120-139-121 [24時間受付] (フリーダイヤル)

※郵送で提出する場合、提出にかかる郵送料や外部記録媒体にかかる費用、その他の費用は各医療機関のご負担となりますのでご了承ください。また、郵送用の封筒については各医療機関にてご準備ください。

(3) 疑義照会窓口

紙媒体入手希望申請書に関してご不明点がある場合には、下記の疑義照会窓口までお問い合わせください。

「平成30年度病床機能報告」事務局 疑義照会窓口 (委託先：みずほ情報総研株式会社)

電子メールアドレス：byousyokinou@mizuho-ir.co.jp

FAX 番号：0120-139-121 [24時間受付] (フリーダイヤル)

※FAX 番号のお間違えには十分ご注意ください。

2 記入の手引き

- 貴院の医療機関名称や、事前に送付する案内文書に記載されている医療機関 I D、医療機関住所、本報告のご担当者、病院・有床診療所の種別、入院患者の有無、診療報酬請求の状況等について、施設管理者および事務部門の担当者がご記入ください。

◎ 貴院名	貴院の医療機関名称をご記入ください。
◎ I D (報告マニュアル送付状に記載の 8 桁のコード)	本書と同時に送付した報告マニュアル送付状のうち、貴院の住所が印字されている用紙に記載されている医療機関 I D (数字 8 桁) をご確認のうえ、ご記入ください。
◎ 医療機関住所	貴院の郵便番号、所在地をご記入ください。
◎ 担当者	報告様式をお受取りいただくご担当者の氏名および部署名、電話番号についてご記入ください。また、入手希望申請書に記載の内容についてお問合せをする場合があります。
◎ 病院・有床診療所の種別	平成 30 年 7 月 1 日時点における貴院の病院・有床診療所（診療所・歯科診療所）の種別をご記入ください。 また、施設種別が【病院】の場合は、事務局から送付する病棟票の部数をお知らせいただく必要があるため、報告対象となる一般病床または療養病床を有する病棟数をあわせてご記入ください。 ※病床機能報告では、病院の各病棟における看護体制の 1 単位をもって病棟と取り扱います。ただし、特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料 4、地域包括ケア入院医療管理料 1 から 4 を算定する場合は除きます。）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の 1 単位をもって病棟として取り扱います。また、休棟中の病棟であっても許可病床として一般病床・療養病床を有する場合は、「病棟票」の作成が必要です。
1. 入院患者の有無、診療報酬請求の状況	貴院における平成 30 年 6 月診療分であって 7 月審査分の入院レセプトについて、ご記入ください。
① 一般病床または療養病床に入院した患者の有無	平成 30 年 6 月に貴院の一般病床または療養病床に入院した患者の有無をご記入ください。 なお、一般病床または療養病床に入院したショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者、介護療養病床への入院患者等、診療報酬請求を行っていない患者についても含めて有無をご判断ください。
②①のうち、一般病床または医療療養病床に入院した患者の有無	上記①のうち、平成 30 年 6 月に貴院の一般病床または医療療養病床（介護療養病床を除く）に入院した患者の有無をご記入ください。 なお、一般病床または医療療養病床（介護療養病床を除く）に入院したショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者、診療報酬請求を行っていない患者についても含めて有無をご判断ください。
③②の入院患者の 6 月診療分につ	上記②の入院患者のうち、平成 30 年 6 月に貴院の一般病床または医療療養

いて7月審査の
診療報酬請求の
有無

④③の診療報酬請
求時のレセプト
種別

◎報告様式2の入手
時期

病床に入院した患者について、6月診療分に係る7月審査の診療報酬請求の有無をご記入ください。

介護療養病床における入院のみであるために入院外レセプトで請求を行っている医療機関、6月診療分を8月以降の審査で請求している医療機関については、「2. 無し」をご記入ください。

上記③の診療報酬請求時に「全てまたは一部を電子レセプトにより請求」したか、「全て紙レセプトにより請求または診療報酬の請求なし」であったかについて、ご記入ください。「電子レセプトにより請求」とは、オンラインまたは電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））で請求を行っている場合を指します。

報告様式2は、【医療機関A】と【医療機関B】の別により、紙媒体をお送りする時期が異なります。

【医療機関A】

上記1. の回答がすべて「1.」に該当する場合は、【医療機関A】となります。「報告様式1」のみをお送りした後、「報告様式2」を12月末に事務局よりお送りいたします。

【医療機関B】

上記1. の回答がいずれか「2.」に該当する場合は、【医療機関B】（休棟中の病棟、休床中の有床診療所もご報告が必要です。）となります。「報告様式1」と「報告様式2」を同時に事務局よりお送りいたします。

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇 1-
1-1 〇〇〇〇〇〇〇〇ビル 1階
医療法人〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇病院 〇〇〇〇〇〇〇〇〇センター
管理者 様



本紙は平成 31 年 3 月末まで大切に保管してください。

各医療機関に付与された「医療機関 ID」・「パスワード」は、以下を行う際に必要となりますので、**平成 31 年 3 月末まで大切に保管**してください。

○報告様式 1・報告様式 2 のインターネット上での**提出・再提出時**

○電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、6 月診療分であって 7 月審査分の「入院レセプト」がある医療機関に対して、厚生労働省「平成 30 年度病床機能報告」事務局より E メールまたは CD-R で送付する報告様式 2（医療機関 A）の
Excel ファイルの確認・修正時

「平成 30 年度 病床機能報告」

医療機関 ID・パスワードの通知

医療機関名： 医療法人〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
病院 〇〇〇〇〇〇〇〇〇センター

医療機関 ID： **12330678**

パスワード： **ab1234c5**

※医療機関 ID・パスワードは、前年度の「平成 29 年度 病床機能報告」において発行したものとは異なります。