

神病協発第 681 号
平成 26 年 2 月 26 日

施 設 長 殿

公益社団法人 神奈川県病院協会
会 長 長 倉 靖 彦
(公印省略)

平成 26 年診療報酬改定説明会の開催について

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は、本会の事業に種々ご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

さて、この度の診療報酬改定にあたり、県下病院に改定内容の周知を図るため、関東信越厚生局神奈川事務所の協力を得て、平成 26 年 3 月 26 日(水)13 時より説明会を開催いたしますのでご案内いたします。

なお、診療報酬改定説明会に引き続き、関東信越厚生局神奈川事務所による集団指導(施設基準関連)を実施いたします。

[お問い合わせ]

〒231-0037 横浜市中区富士見町 3-1

神奈川県病院協会 事務局 森田, 町田

Tel:045(242)7221 Fax:045(231)1794

平成 26 年診療報酬改定説明会

日 時 平成 26 年 3 月 26 日 (水) 13 時～17 時予定 (受付は 12 時より)
 ※終了時間につきましては、前後する場合がございます。

場 所 はまぎんホール ヴィアマーレ (別紙参照)
 横浜市西区みなとみらい 3-1-1 TEL045(225)2173

内 容 平成 26 年診療報酬改定の内容に関わる説明

主 催 公益社団法人 神奈川県病院協会

参加費 5,000円/会 員
 (資料代) 7,000円/未入会病院

申込方法 「官製往復はがき(葉書 1 枚 1 名様)」にてお申込ください。
 ※会場の都合により 1 施設 2 名様まででお願いいたします。

記入例
 (往信)

(表)

(裏)

〒231-0037 横浜市中区富士見町 3-1 神奈川県総合医療会館 4 階 公益社団法人 神奈川県病院協会 事務局 森田 行き	<p style="text-align: center;">参 加 申 込 書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">氏 名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所属(役職)</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">TEL</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	氏 名				医療機関名				医療機関コード				所属(役職)		TEL	
氏 名																	
医療機関名																	
医療機関コード																	
所属(役職)		TEL															
<p style="text-align: center;">〒◆◆◆-◆◆◆◆</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> ○ ○ ○ ○ ○ 様 </div> <div style="text-align: center;"> □ □ □ 課 </div> <div style="text-align: center;"> ■ ■ ■ ■ ■ 病院名 病院 </div> <div style="text-align: center;"> ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ ◇ (住所) </div> </div>	<p style="text-align: center;">参 加 票</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">氏 名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 病院協会 受付印 </p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">※受付印が赤字の場合は、「その他」受付へお越し下さい。</p>	氏 名				医療機関名				医療機関コード							
氏 名																	
医療機関名																	
医療機関コード																	

申込締切 平成 26 年 3 月 14 日 (金) 必着 (※別紙質問用紙も同日締切)

その他 ※申込締切後のキャンセルにつきましては、資料代(送料別途)を
 いただくこととなりますので、予めご了承ください。
 ※返信葉書(参加票)を当日ご持参ください。

平成 26 年診療報酬改定説明会 次第

平成 26 年 3 月 26 日 (水) 13 時～17 時
はまぎんホール ヴィアマーレ

司会 公益社団法人 神奈川県病院協会
保険医療対策委員会
幹事 持丸 幸一

1 開会挨拶

公益社団法人 神奈川県病院協会
会長 長倉 靖彦

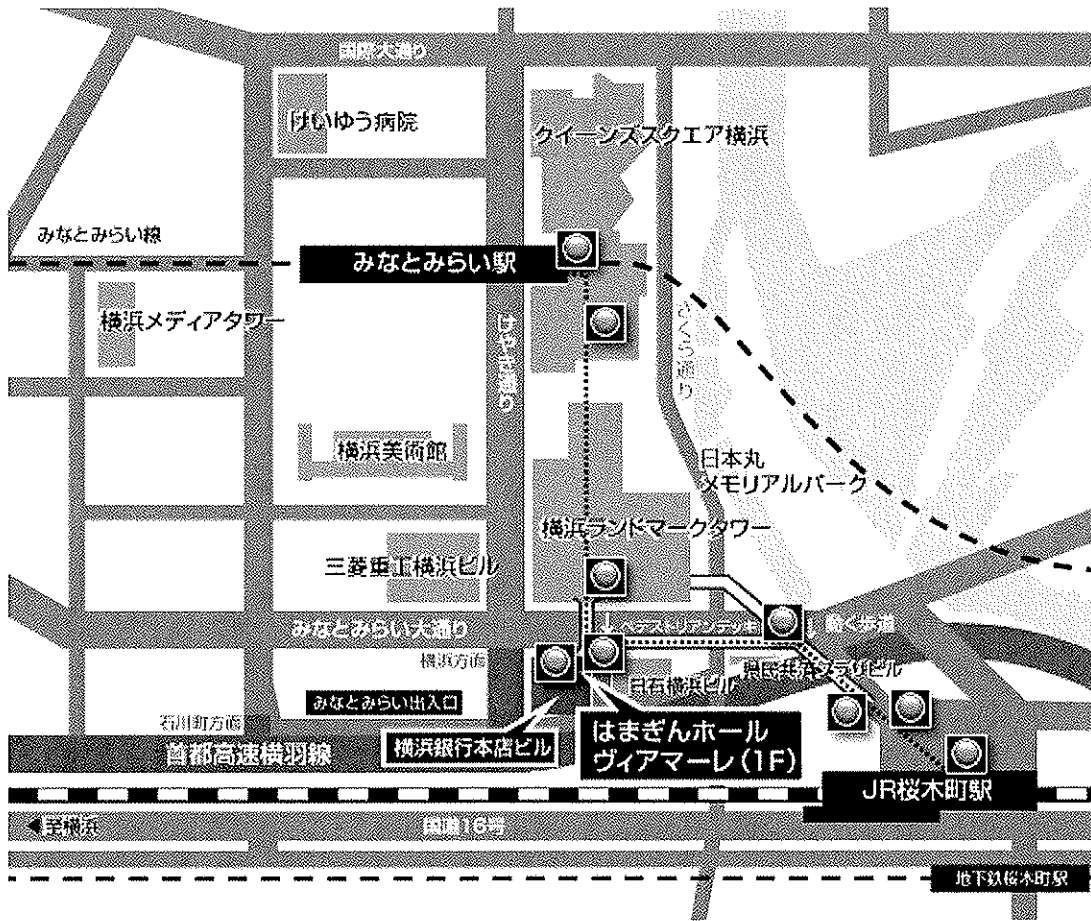
2 内 容 (13 : 10～14 : 40)

診療報酬改定説明 「診療報酬における点数改正について」

厚生労働省 関東信越厚生局 神奈川事務所

※説明会に引き続き集団指導を行います。

～ ～ ご 案 内 ～ ～

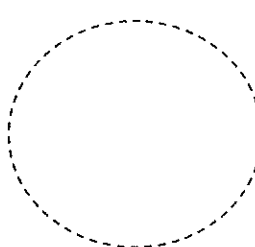


★「桜木町駅」下車より徒歩7、8分

※駐車場はありません。当日は、公共交通機関をご利用ください。

官製往復はがき お申込用 記入貼付用紙

(下記を切り取り、葉書に貼り付けてお使いください)

<p>〒231-0037</p> <p>横浜市中区富士見町 3-1 神奈川県総合医療会館 4 階</p> <p style="text-align: center;">公益社団法人 神奈川県病院協会 事務局 森田 行き</p>																													
参加申込書	参加票																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">医療機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">医療機関 コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">所属 (役職)</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">TEL</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	氏名				医療機関名				医療機関 コード				所属 (役職)		TEL		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">医療機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">医療機関 コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <div style="text-align: center; padding: 20px 0;"> <p>病院協会 受付印</p>  </div> <p style="font-size: small; text-align: center;">※受付印が赤字の場合は、「その他」受付へお越し下さい。</p>	氏名				医療機関名				医療機関 コード			
氏名																													
医療機関名																													
医療機関 コード																													
所属 (役職)		TEL																											
氏名																													
医療機関名																													
医療機関 コード																													

質 問 用 紙

※診療報酬改定に関するご質問を用紙1枚につき1項目でご記入ください。

複数ご質問がある場合は、本紙を複写してご使用ください。

医療機関名			
所属課(役職)		担 当 者	
T E L	()	F A X	()

質問項目(いずれかの項目に○を付けてください)

●医科診療報酬点数に関する質問

(基本診療科)

・初・再診料

・入院料等

(特掲診療科)

・医学管理等

・在宅医療

・検査

・画像診断

・投薬

・注射

・リハビリテーション

・精神科

・処置

・手術

・麻酔

・放射線治療

・病理診断

・DPC

●関係告示、関係通知に関する質問

・基本診療科の施設基準等

・特掲診療科の施設基準等

・特定保険医療材料及び材料価格

・その他告示、通知等

●その他

・上記内容以外

質問タイトル

質問内容(具体的にお書きください)

回答欄(記入しないでください)