

神病協発第 767 号
平成 28 年 2 月 24 日

施 設 長 殿

公益社団法人 神奈川県病院協会
会 長 新 江 良 一
(公印省略)

平成 28 年診療報酬改定説明会の開催について(ご案内)

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 28 年 3 月 23 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

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

平成 28 年診療報酬改定説明会

- 日 時 平成 28 年 3 月 23 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 神奈川県立音楽堂 (別紙参照)
- 内 容 平成 28 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 (会 員) 5,000 円 / 1 人
(資料代) (未入会病院) 7,000 円 / 1 人
- 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。

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	参 加 申 込 書		
	氏 名		
〒◆◆◆◆-◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ ○□□□課 ○ ○ ○ 様	医療機関名		
	医療機関コード		
(返信)	所属 (役職)		TEL
	参 加 票		
	氏 名		
	医療機関名		
	医療機関コード		
	病院協会 受付印	○	
	※受付印が赤字 (代表) の方は、「その他」受付へお越し下さい。		

申込締切 平成 28 年 3 月 11 日 (金) 必着 (※別紙質問用紙も同日締切)

そ の 他

※返信葉書 (参加票) を当日ご持参ください。

(お申込みのない方は、当日ご入場はできません。)

※当日は、座席指定 (説明会と集団指導は同じ席になります)。

※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。

※説明会後の集団指導の厚生局資料は、各医療機関に 1 部となります。

(各医療機関の代表の方は、誠に勝手ながら申込順に当協会でご決めさせていただきます。)

公益社団法人 神奈川県病院協会 主催
平成 28 年診療報酬改定説明会

次 第

平成 28 年 3 月 23 日(水)13 時～17 時
神奈川県立音楽堂

司会 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

神奈川県病院協会
会長 新江 良一

2 内 容(13:05～14:35)

診療報酬改定説明 「診療報酬における点数改正について」

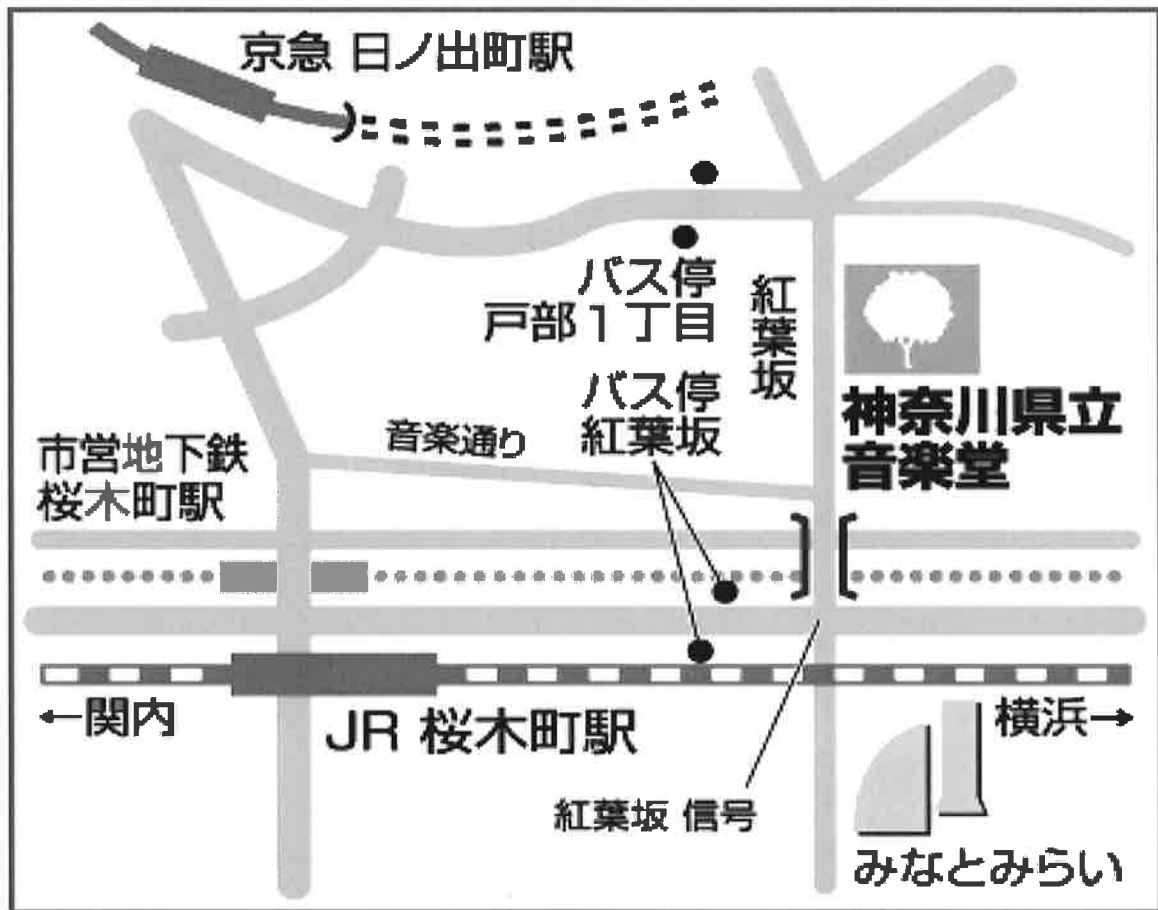
厚生労働省 関東信越厚生局 神奈川事務所

3 閉会挨拶

神奈川県病院協会
副会長 数野 隆人

※説明会に引き続き厚生局から集団指導を行います。

～ ～ ご 案 内 ～ ～



神奈川県立音楽堂

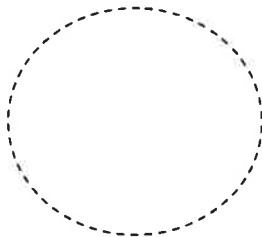
横浜市西区紅葉ヶ丘 9-2 TEL045(263)2567

★JR・市営地下鉄「桜木町駅」及び京浜急行「日ノ出町駅」より、徒歩 10 分
横浜市営バス横浜駅東口乗車 8、26、58、105、110、127 系統「紅葉坂」
又は 103 系統「戸部 1 丁目」のバス停より、いずれも徒歩 5 分

※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 style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">医療機関コード</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">所属 (役職)</td> <td style="padding: 5px;">TEL</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 style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">医療機関コード</td> <td></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(代表)の方は、「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	※白本(改正点の解説)記載ページ
--------	------------------

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)