

CAD/CAM 冠 届出書のご記入方法

CAD/CAM 冠の診療報酬請求を行う際は、事前に「特掲診療料の施設基準に係る届出書」および「CAD/CAM 冠の施設基準届出書添付書類」の届出が必要です。各歯科医療機関毎に、連携先の歯科技工所および使用する歯科用 CAD/CAM 装置に変更があった場合もその都度届出が必要です。

届出書と添付書類を 2部ずつ、歯科医療機関所在地管轄の地方厚生局（もしくは指導監察課か事務所）へご郵送下さい。

届出が受理されてからの診察分より、CAD/CAM 冠の診療報酬請求が可能となります。

別添 2 特掲診療料の施設基準に係る届出書 記入箇所

- (1) 保険医療機関コードと連絡先、担当者氏名、電話番号を記入
- (2) 4つの□にチェックを入れる
- (3) 記入日もしくは郵送日を記入
- (4) 歯科診療所の所在地および名称を記入（ゴム印でも可）
- (5) 開設者名を記入し、開設者の捺印（コピー後の捺印）
- (6) 届出厚生局の局長と記入（近畿厚生局長など）

様式 50 の 2 CAD/CAM 冠の施設基準届出書添付書類 記入箇所

- (1) 当該療養に係る全ての歯科医師の氏名、経歴を記入（歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。4名以上いる場合は、枠を無視するか余白に記入）

別添 2
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
連絡先 担当者氏名： 電話番号：	

(届出事項)
[CAD/CAM冠] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前か月間において当該届出に係る事項に關し、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。

当該届出を行う前か月間において療養規則及び業種別並びに療養基準に基づき厚生労働大臣が定める採算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。

当該届出を行う前か月間において、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關し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

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患者単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ため、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称

開設者名 印

職

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 □には、適合する場合「✓」を記入すること。
3 届出書は、正副2進提出のこと。

様式50の2
CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

CAD/CAM冠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
十河 厚志	株式会社デンタルデジタルオペレーション
- 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 CAD: 第13B1X10109000203号 CAM: 第22B3X10006000020号
	製品名 CAD: Lava Scan ST CAM: DWX-50
	製造販売業者名 CAD: スリーエムヘルスケア株式会社 CAM: ローランドディージー株式会社
	特記事項
その他 (特記事項)	

[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。

両書類は正副2部ずつの提出が必要ですので、記入後コピーを取るか、初めから2部ずつに記入し（届出書 開設者の捺印をお忘れなく）（計4枚）、管轄の厚生局等に郵送してください。

届出書等に不備があった場合は受理されませんのでご注意ください。