

2025年度決算 事業報告書(診療所)

顧客コード

独立行政法人福祉医療機構 理事長 あて

〒

住所／所在地

氏名／法人名

法人代表者氏名

2025年度事業等の状況を下記のとおり報告し、必要書類一式を別添のとおり提出します。

1. お客さまの状況

◎ 報告対象となる会計期間中に生じた内容についてご確認ください。また、下記の変動内容に該当する事象が生じた場合は、お手続きをお願いします。

変 動 内 容	お 手 続 き
[1] お客さまの氏名・法人名、住所・所在地、法人代表者の変更	こちらからお手続きください https://www.wam.go.jp/ho/everybody-dl-tabid-623/
[2] 開設施設の施設種類、施設名称、所在地の変更	
[3] 保証人の交代、死亡等	
[4] 担保物件の取壊、滅失、所有権の移転、賃借権の設定など	
[5] お客さまの経営形態の変更（法人化、吸収・合併、事業の譲渡など）	コールセンターへお電話ください (0570-550-210 平日9:00～17:00)
[6] 融資対象施設の休止・廃止	

2. 開設施設の状況

◎ 現在開設している施設に関して、次の事項を入力してください。なお、選択肢のある項目については、該当する番号を入力してください。

開設状況	施設名										
	所在地										
	開設者	1 契約者と同じ 2 契約者と異なる(法人成りを含む)									
		※「2 契約者と異なる(法人成りを含む)」を選択した場合は、以下を入力してください。									
		氏名／法人名									
		法人代表者氏名									
	保険医療機関コード	◎ 数字10桁の医療機関コードを入力してください。 (都道府県番号2桁、点数表番号1桁、医療機関コード7桁の計10桁で、処方箋等に記載しています)									
	開設日	(西暦)		年		月		日			
	施設種別	1 一般診療所(無床) 2 一般診療所(有床) 3 歯科診療所(無床) 4 歯科診療所(有床)									
		※2または4を選択した場合は、右のボックスに病床数を入力してください。									
設備状況	診察室数		室	歯科ユニット台数(歯科診療所)		台					
立地条件	1 住宅地域 2 商業地域 3 医療モール内 4 その他										
建物の 所有状況	1 自己所有 2 賃貸 3 その他										
	※「2賃貸」を選択した場合は、月賃借料、診療所が専有している延べ床面積を入力してください。										
	月賃借料		円	延べ床面積		m ²					
院外処方	1 なし 2 あり 3 一部あり										
標榜科目	◎ 施設が標榜している標榜科目すべてに「1」を入力してください。										
	内科		呼吸器内科		循環器内科		消化器内科(胃腸内科)				
	腎臓内科		神経内科		血液内科		糖尿病内科(代謝内科)				
	皮膚科		アレルギー科		リウマチ科		感染症内科				
	小児科		精神科		心療内科		呼吸器外科				
	外科		心臓血管外科		乳腺外科		消化器外科(胃腸外科)				
	気管食道外科		泌尿器科		肛門外科		脳神経外科				
	整形外科		形成外科		美容外科		耳鼻咽喉科				
	眼科		小児外科		放射線科		リハビリテーション科				
	産婦人科		産科		婦人科		麻酔科				
	病理診断科		臨床検査科		救急科		歯科				
	矯正歯科		小児歯科		歯科口腔外科		上記以外の科目				
	標榜科目のうち、最も収入割合が高い科目を右のプルダウンから選択してください。										
	利用状況	外来診療日数		外来患者延数		(うち遠隔診療実施患者延数)		初診料算定数			
			日/365・366日		人		人	回			
委託の状況	◎ 委託の状況について、利用している業務に「1」を入力してください。委託を利用していない場合は委託なしを選択してください。										
	医事業務		会計・請求		その他		委託なし				
従事者の 状況	◎ 従事者の状況について、会計期間内の10月1日時点の状況を入力してください。(小数点第一位まで)										
	主な職種の内訳	常勤	非常勤の 常勤換算	派遣職員等 の常勤換算	主な職種の内訳	常勤	非常勤の 常勤換算	派遣職員等 の常勤換算			
	医師				医療技術員						
	歯科医師				歯科衛生士						
	薬剤師				歯科技工士						
	助産師				事務職員						
	看護職員				その他の職員						
看護補助職員				合計							
エラー時の 説明											

3. 内容の照会先

◎ 上記の報告内容に関しまして、機構から照会する場合がございますので、ご担当者の連絡先を入力してください。(電話番号はハイフンあり)

担当者氏名		電話番号	
-------	--	------	--