

入力例

【入力にあたっての留意事項】

- ①本様式「事業報告書（診療所）」は、診療所1施設のみ運営されるお客さま向けの様式です。施設を複数運営されるお客さまは「事業報告書」をご利用ください。
- ②昨年度報告した方で事業報告書等電子報告システムから様式をダウンロードされた方は、一部を除き、昨年度の状況が反映されています。内容をご確認の上、適宜修正してください。

2025年度決算 事業報告書（診療所）

顧客コード 99999

5桁の顧客コードを入力してください。

独立行政法人福祉医療機構 理事長 あて

〒 105-8486
 住所／所在地 東京都港区虎ノ門4-3-13
 氏名／法人名 神谷町 一郎
 法人代表者氏名

○住所／所在地、氏名／法人名、法人代表者氏名
 2026年3月31日時点の登録情報が反映されます。
 ・個人事業主の方：契約者の住民票の住所と氏名
 ・法人の方：登記上の住所（主たる事業所）、法人名（名称）、法人代表者氏名（理事長等の氏名）

○住所・氏名（法人名）等を変更した場合は、
 変更内容に応じたお手続きが必要です。
 お手続きに関して必要な様式や書類等は、福祉医療機構ホームページに掲載しています。
 ▼ お手続きに関するURL
<https://www.wam.go.jp/hp/everybody-dl-tabid-623/>

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
[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	コールセンターへお電話ください (0570-550-210 平日9:00～17:00)
[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）	
[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。

施設名	WAM歯科診療所		
所在地	東京都港区虎ノ門4-3-13		
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
	※「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	医療法人 WAM歯科診療所	
保険医療機関コード	法人代表者氏名		神谷町 一郎
	○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)		
	1330012345		
開設日	(西暦) 2018年 4月 1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)		
	3		
設備状況	診察室数 2室	歯科ユニット台数(歯科診療所)	6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		
	1		
建物の所有状況	1 自己所有 2 賃貸 3 その他		
	2		
院外処方	※「2 賃貸」を選択した場合は、賃貸借契約書が専有している延べ床面積を入力してください。		
	賃貸借料	687,000円	延べ床面積

○施設名、所在地、保険医療機関コード
 処方箋又は診療報酬請求書等を参照して入力してください。

○開設者
 法人成り等で開設者が契約者と異なる場合は、現在の氏名／法人名、法人代表者氏名を入力してください。

○開設日
 「診療所開設届」に記載した開設年月日を入力してください。

○立地条件
 現状の立地条件に最も近い状況を選択してください。
 建築基準法の用途地域と一致させる必要はありません。

○建物の所有状況
 「2 賃貸」を選択した場合は、賃貸借契約書の記載に基づいて診療所が利用する部分の月額賃借料（円単位）と専有部分の延べ床面積を入力してください。

○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 1
矯正歯科 1	小児歯科 1	歯科口腔外科 1	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。 歯科

○最も収入割合が高い科目
 診療報酬請求に基づいて標榜科目のうち最も収入割合が高い科目を選択してください。

○外来患者延数
 初診料、再診料を算定する患者数の年間合計を入力してください。
 ○(うち遠隔診療実施患者延数)
 外来患者延数のうち「情報通信機器を用いた場合」(オンライン診療)に該当する患者数を入力してください。

○初診料算定数
 初診料を算定する患者数を入力してください。

利用状況	外来診療日数 日/365-366日	外来患者延数 (うち遠隔診療実施患者延数) 人	初診料算定数 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

○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		
	常勤	非常勤の常勤換算	派遣職員等の常勤換算	常勤	非常勤の常勤換算	派遣職員等の常勤換算	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	2.0	0.8		歯科衛生士	3.0	2.2			
薬剤師				歯科技師					
助産師				事務職員	2.0	2.0			
看護職員				その他の職員					
看護補助職員				合計	7.0	5.0	0.0		

○従事者の状況
 看護職員は看護師、准看護師をいいます。
 医療技術員は診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士などの医療にかかわる専門技術員をいいます。

3. 内容の照会先

○上記の報告内容に関して、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	神谷町 一郎	電話番号	0570-00-8070
-------	--------	------	--------------

○エラー時の説明
 当該様式を事業報告書等電子報告システムにアップロードした結果、「エラー有」とシステム上表示される場合、この欄に補足説明を入力して再度アップロードしてください。