

(別紙様式4)

保険医療機関が表示する診療時間以外の
時間における診察の実施(変更)報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

標榜診療時間

曜 日	標 榜 診 療 時 間 帯
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時

徴 収 額

円