**2024年度 診療報酬改定要望申請**

ア）・イ）に該当するものを選択してください。ア）・イ）に該当しない内容の場合には、その他の欄に200字以内で要望内容をまとめてください。

ご不明な点がございましたら、送付先E-mail宛にお問い合わせください。

**締切日：2022年9月30日（水）**

**送付先：**診療報酬適正化委員会担当　E-mail：[enquete@jsrcr.jp](mailto:enquete@jsrcr.jp)

**氏名：　　　　　　　　　　　　　　　（会員番号：　　　　　）**

**所属（勤務先）：**

ア）医療技術（未収載）　※新規、今までにないもの

|  |  |
| --- | --- |
| 技術名 |  |
| 技術の概要 |  |
| 対象疾患名 |  |
| 保険収載の必要性のポイント |  |

イ）医療技術（既収載）　※現在あるもので見直しの必要があるもの

|  |  |
| --- | --- |
| 技術名 |  |
| 診療報酬区分  **（該当する項目1つ以外を削除）** | Ｃ在宅・Ｄ検査・Ｅ画像・Ｆ投薬・Ｇ注射・Ｈリハビリ・  Ｉ精神・Ｊ処置・Ｋ手術・Ｌ麻酔・Ｍ放射線・Ｎ病理・その他 |
| 診療報酬番号 |  |
| 技術の概要 |  |
| 再評価区分 | 1.算定要件の見直し（施設基準、回数制限等）  2.点数の見直し（増点）　　3.点数の見直し（減点）  4.保険収載の廃止　　　　　5.その他(　　　　　　) |
| 具体的な内容 |  |

その他（200字以内）

|  |
| --- |
|  |