

**届出／施設基準について**

厚生局へ届出書【A】【B】を提出していただくと保険請求が可能になります。

(届出書に歯科医院名・経歴等をご記入いただくだけで届出が可能。)

「CAD/CAM冠の保険導入」については、厚労省より「算定告示」の文言のように範囲が定められており、保険医療機関(貴医院)内に技工士が在籍していない場合は、歯科技工所と連携が取れていることを地方厚生局に届け出る必要があります。

**【届出書】**

**【A】特掲診療料の施設基準に係る届出書**  
 こちらは一次委託用(歯科医院～弊社提携ラボ)

**【B】CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類**  
 こちらは一次委託用(歯科医院～弊社提携ラボ)

**【届出の流れ】** ※詳しくは各地方厚生(支)局へお問い合わせください。

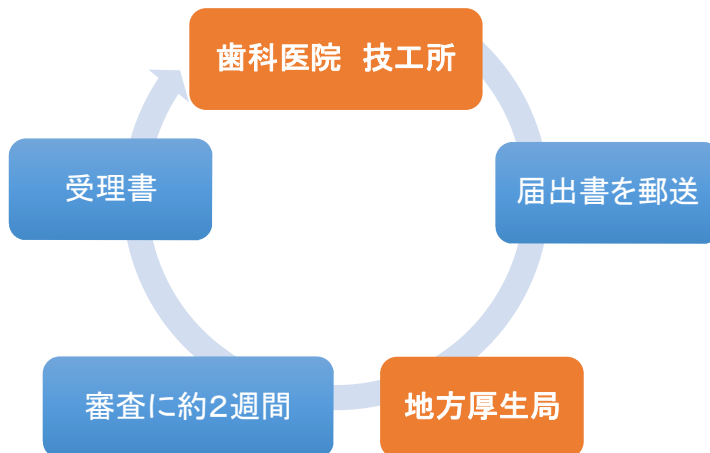
保険適用CAD/CAM冠の届出は、このページから「届出書」に必要事項をご記入のうえ、管轄の地方厚生局へ郵送してください。

なお、届け出は原則として歯科医院から行います。その後約2週間で審査が終わり、届出を出した歯科医院あてに受理書が届きます。

ただし、届出が受理されるためには連携する歯科医院に「いくつかの条件」があります。

まずは、連携する歯科医院と、技工所さまご自身の状況を確認してから届出の準備を行いましょう。

- ・連携する歯科医院が施設基準を満たしているか確認
- ・2種類の届出書に記入
- ・該当する地方厚生局を確認
- ・2種類の届出書を2部(計4枚)を地方厚生局へ郵送
- ・受理書が届くのを待ちます



①【A】【B】を各地方厚生局へ※正副2通ずつ郵送。

※厚生局本局所在地以外の都府県においては、保険医療機関の所在地を管轄する事務所等に提出してください。

- 封筒等の上部余白欄に朱書きで「歯科施設基準届出書在中」と記載。
- 届出書の提出方法を原則、郵送でお願いしている厚生局が多いようです。  
窓口へご提出する場合は、各地方厚生局へお問合せください。

②2週間程度で審査終了。受理書と【A】【B】の副が送付されます。

受理後の算定可能日

通常は各月の末日までに審査を終え届出が受理された場合、翌月の1日から診療報酬の算定が可能。  
また、月の最初の開庁日に要件審査を終えて届出が受理された場合は当該月の1日から算定可能。

【施設基準の条件】厚生労働省HPより抜粋

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。

保険医療機関内に歯科技工士が配置されていること。

なお、歯科技工士を配置していない場合にあつては、歯科技工所との連携が図られていること。

保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されていること。

なお、保険医療機関内に設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所と連携が図られていること。

【算定告示】厚生労働省HPより抜粋

厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、  
歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、  
小臼歯に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

【全国地方厚生(支)局の管轄地域】

地方厚生局	管轄地域
北海道厚生局	北海道
東北厚生局	青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
関東信越厚生局	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、 新潟県、山梨県、長野県
東海北陸厚生局	富山県、石川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県
近畿厚生局	福井県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
中国四国厚生局	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、 愛媛県、高知県
四国厚生支局	徳島県、香川県、愛媛県、高知県
九州厚生局	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、 沖縄県

厚生局本局所在地以外の都府県においては、保険医療機関の所在地を管轄する事務所等に提出してください。

様式 50 の 2

## CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

歯科医師情報を記入

### 1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

### 2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考

歯科技工士情報を記入

### 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	① 26B2X10018000040 (CADシステム)
	製品名	① フリーダム HD
	製造販売業者名	① デンケン・ハイデンタル株式会社
	特記事項	
その他 (特記事項)		

#### 【記載上の注意】

- 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。
- 「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。

ご記入いただきましたらコピーを2部とり、各地方厚生局へ正副2通ずつ郵送してください。  
ご記入いただいた原本は、お客様控えとして保管してください。

厚生省の記入欄です。  
空欄で問題ありません。

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		届出番号	(CAD)	第	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					
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、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。					
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び采担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ既に違反していないこと。					
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6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関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。					
<input type="checkbox"/> 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基本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					
保険医療機関の所在地及び名称					
開設者名				印	
殿					
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「し」を記入すること。					
3 届出書は、正副2通提出のこと。					

内容をご確認の上、□に✓を記入してください

ご記入いただきましたらコピーを2部とり、各地方厚生局へ正副2通ずつ郵送してください。  
ご記入いただいた原本は、お客様控えとして保管してください。

使用する歯科用CAD/CAM装置一覧

医療機器届出番号	①	26B2X10038000015	(CADシステム)
	②	26B2X10038000001	(CADシステム)
	③	26B2X10038000005	(CADシステム)
	④	22B3X10020000106	(CAMシステム)
	⑤	22B3X10020000101	(CAMシステム)
	⑥	22B3X10020000103	(CAMシステム)
	⑦	22B3X10020000107	(CAMシステム)
	⑧	26B2X10038000012	(CAMシステム)
製品名	①	DOF エッジHD	
	②	DOF フリーダムHD	
	③	DOF フリーダムUHD	
	④	歯科用CAD/CAMマシン DWX-4 DGSHAPE	
	⑤	歯科用CAD/CAMマシン DWX-52D DGSHAPE	
	⑥	歯科用CAD/CAMマシン DWX-52DCi DGSHAPE	
	⑦	歯科用CAD/CAMマシン DWX-53DC	
	⑧	DOF クラフト	
製造販売業者	①	株式会社DOFJAPAN	
	②	株式会社DOFJAPAN	
	③	株式会社DOFJAPAN	
	④	DGSHAPE株式会社	
	⑤	DGSHAPE株式会社	
	⑥	DGSHAPE株式会社	
	⑦	DGSHAPE株式会社	
	⑧	株式会社DOFJAPAN	

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考

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	
	製品名	
	製造販売業者名	
	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。

### 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		届出番号	(歯CAD) 第 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6か月間において当該届出に係る事項に関し、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6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示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6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関し、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基本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ので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地  
及び名称

開設者名 印

殿

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「レ」を記入すること。  
3 届出書は、正副2通提出のこと。