別紙様式1

財産処分（廃棄）の記載例

西暦　　年　　月　　日

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構理事長　あて

【申請者】

都道府県コード	1	3	点数表コード	1					
保険医療機関コード	0	0	1	2	3	4	5		
保険医療機関名称	ＤＸ審査支払機構クリニック								
開設者氏名	機構　太郎								
所在地　〒	135-0061								
	東京都江東区豊洲　＊-＊-＊								
電話番号	03-****-****								

オンライン資格確認等関係補助金等により取得した補助対象等財産に係る財産処分について

標記について、「医療提供体制設備整備交付金実施要領」の第５の規定により付した条件に基づき、次のとおりの処分について承認を求めます。

記

１．処分の種類

☐有償譲渡　☐有償貸付　☐無償譲渡　☐無償貸付　☐交換　☐抵当権の設定　☑廃棄

２．処分の概要

補助交付年月	西暦　　年	月
補助額全体	円	
補助相当額（処分に係る部分の額）	円	
法定耐用年数	不要です	年
経過年数		年
処分の内容		

処分予定年月日　※廃棄する日　西暦　202*　年　**　月　**　日

（顔認証付きカードリーダーの場合）

メーカー名	製品名（型番）	シリアルナンバー（ロット番号）
A社	CR-123456	987654

＜譲渡、貸付及び交換の場合＞

譲渡、貸付及び交換先の保険医療機関等

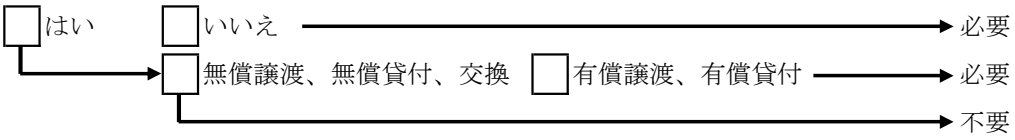
都道府県コード		点数表コード		医療機関等コード	
保険医療機関等名称		不要です	開設者氏名		
所在地					
電話番号					

３．経緯及び処分の理由

地方厚生（支）局に届け出た閉院理由を記載ください。

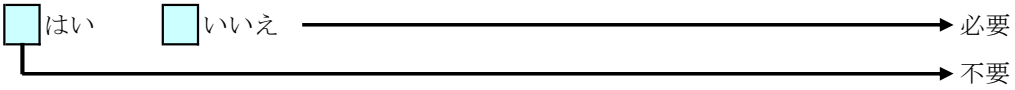
４　承認条件としての返納金の要否

譲渡、貸付及び交換後に他の保険医療機関等においてオンライン資格確認の実施に使用する



建替え等により保険医療機関等の施設等を整備するために、やむを得ず廃棄を行う または、

開設者の死亡又は病気等 によりやむを得ず廃院することとなった場合であって、かつ無償 譲渡により他の保険医療機関等でのオンライン資格確認の実施に使用することも困難な場合に廃棄を行う



５　添付資料

・（顔認証付きカードリーダーの場合）顔認証付きカードリーダーの提供決定通知書＊

・（その他財産の場合）オンライン資格確認等の導入に必要となる資格確認端末の購入等に係る補助金交付決定通知書＊

・建替え等により保険医療機関等の施設等を整備するためにやむを得ず廃棄を行うこととなった事情に関する資料

・開設者の死亡又は病気等によりやむを得ず廃院することとなった事情に関する資料

・その他参考となる資料

＊保管されていない場合は交付額等を確認できる決算書等でも可