

診療報酬改定に関する質問票

質問年月日	平成 年 月 日				
保険医療機関 等 名 称					
所 属 部 署			連絡先電話		
担 当 者 名			連絡先 Fax		
医科		歯科		薬局	
算定	施設基準	算定	施設基準	算定	施設基準

↑ 医科・歯科・薬局の区分の中で、診療報酬の算定に関する照会は「算定」に○を、施設基準に関する照会は、「施設基準」に○を記入して下さい。

医科・区分						
A.基本診療 ()	B.医学管理 ()	C.在 宅 ()	D.検 査 ()	E.画 像 ()	F.投 薬 ()	G.注 射 ()
H.リハビリ ()	I.精神科 ()	J.処 置 ()	K.手 術 ()	L.麻 酔 ()	M.放射線 ()	N.病理診断 ()

↑ 医科の照会については、さらに該当する区分のアルファベットに○を記入し、区分番号をカッコ内に記載してください。(分からない場合は記載不要です。)

質 問	(表題)
回 答	

関東信越厚生局群馬事務所 Fax 027-896-0540

事務所使用欄

平成 年 月 日受付

管理番号