

疑義照会票

照会日	年	月	日
照会者	保険医療機関等の名称		
	保険医療機関等コード		
	担当者氏名(所属部署名) ()		
	電話番号(内線番号) ()		
照会対象 (※いずれかに○)	医科 ・ 歯科 ・ 薬局 ・ 訪問看護 ・ ()		
照会区分 (※いずれかに○)	算定方法 ・ 施設基準 ・ その他 ()		
対象の点数表 区分番号・名称	((例) A000 初診料)		
参考となる書籍・告示・通知等の 名称及び該当箇所	((例) 医科点数表の解釈P24)		
照会内容			
※具体的かつ詳細に記載してください。			
照会に至った経緯			
※照会の趣旨・意図・背景・何に困っているのかなどを具体的に記載してください。			
貴保険医療機関等の見解			
※貴保険医療機関等における現時点での見解を記載してください。			

【留意事項等】

- * 上欄について漏れなく記載してください。
- * 照会内容は、この照会票1枚につき1件の記入をお願いします。
- * 個人の疑義ではなく、貴機関内で検討しても解釈できないものについて照会ください。
- * 仮定の内容での照会をご遠慮ください。
- * 照会内容によっては回答までに相当の期間を要する場合があります。
- * 添付可能な資料等がありましたら、合わせて送信願います。
- * FAXにて送信される場合、送信票は不要です。

(※以下は厚生局記載欄)

受付日
受付番号