※厚生局使用欄

診療（調剤）報酬関係質問票

送付先：北海道厚生局　医療課　　ＦＡＸ番号：０１１－７９６－５１３３

質　　問　　日：令和　**４**　年　**４**　月　**１**　日

保険医療機関等コード：**９９，９９９９，９**

保険医療機関等名称：**厚生労働病院**

担当課・担当者氏名：**医事課・厚生太郎**

電　　話　　番　　号：**０００－０００－００００**

質　問　事　項（質問事項の区分に○をしてください。）

種　　別	医　科	歯　科	調　剤	訪問看護
内　　容	算定要件	施設基準	その他（　　）	
区　分　番　号	**Ａ００１**			
質　問　概　要	**再診料の算定要件について**			
参考書籍及び該当ページ	**令和４年度診療報酬改定の概要　　P.○○○**			
通知名及び該当項番等	**特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて**			

質問内容　※１枚の質問票について質問は１問のみとしてください。

質問内容をできるだけ具体的に（経緯・背景を記載する等）記載してください。

保険医療機関等としての見解

質問内容に関して、保険医療機関等としての見解を記載してください。