|  |
| --- |
| 診療（調剤）報酬関係質問票 |
| 送付先：〒060-0807　札幌市北区北7条西2丁目15－1野村不動産札幌ビル2階  北海道厚生局医療課　宛 |
| 質問日：令和　　年　　月　　日  保険医療機関等コード：  保険医療機関等名称：  担当課・担当者氏名：  　電話番号： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | | |
| **質　問　概　要** |  | | | |
| **参考書籍及び該当ページ**  **通知名及び該当項番等** |  | | | |

|  |
| --- |
| **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。 |
|  |
| **保険医療機関等としての見解** |
|  |