

## 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	<input checked="" type="radio"/> 医科	<input type="radio"/> 歯科	<input type="radio"/> 調剤	<input type="radio"/> 訪問看護
内容	<input checked="" type="radio"/> 算定要件	<input type="radio"/> 施設基準	<input type="radio"/> 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