|  |
| --- |
| 診療（調剤）報酬関係質問票 |
| 送付先：〒060-0808　札幌市北区北8条西2丁目1－1札幌第一合同庁舎6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** |
| 　 |