

--

## 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

--