

--

<h3>診療（調剤）報酬関係質問票</h3>
------------------------

送付先：北海道厚生局 医療課	FAX番号：011-796-5133
----------------	--------------------

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				

<b>質問内容</b> ※1枚の質問票について質問は1問のみとしてください。
--

--

<b>保険医療機関等としての見解</b>
----------------------

--