

診療報酬及び調剤報酬等に関する質問票

照会年月日		保険医療機関等 コード（7桁）						
保険医療機関等 名称		電話番号（担当者連絡先）						
保険医療機関等 所在地		担当者 所属部署			担当者名			

電話番号が代表の場合、繋がりにくい状況がありますので、可能であれば、ご担当者の直通番号をご記入ください。

該当区分に ○を記入	➡		医科	点数算定	照 会 先 関東信越厚生局 茨城事務所	疑義照会用（茨城） メールアドレス	gigisyo-02▲mhlw.go.jp ※ 問い合わせの際は、「▲」を「@」に 置き換えてご利用ください。
			医科	施設基準			
	➡		歯科	点数算定			
			歯科	施設基準			
	➡		薬局	点数算定			
			薬局	施設基準			
	➡		訪問	算定関係			
			訪問	届出関係			
➡		その他 質問の種類→（		）			



医科・歯科・薬局・訪問看護等のいずれかで、該当する項目の欄に○を記入してください。
「その他」に該当の場合は、質問の種類をご記入ください。（例、指定申請）

質問の内容が何年度改定に関するものか、分かる範囲で①または②の該当する項目欄に○を記入してください。

① 令和8年度 改定関係	② ①以外
--------------	-------

【質問事項】

区 分	↙	医科の点数算定に係る照会の場合、いずれの区分に該当するかA～Nに必ず○を記入し、 下段に区分番号を記入してください。（医科以外の場合は、区分欄の記入は不要です。）
A 基本診療	表 題	質問は1件につき1枚の質問票をお願いいたします。
番号		
B 医学管理		
番号		
C 在宅		
番号		
D 検査		
番号		
E 画像		
番号		
F 投薬		
番号		
G 注射		
番号		
H リハビリ		
番号		
I 精神科		
番号		
J 処置		
番号		
K 手術		
番号		
L 麻酔		
番号		
M 放射線		
番号		
N 病理診断		
番号		
回答記入欄		

- ※ 質問については可能な限り詳細に記入してください。
- ※ 回答については質問をいただいた方に電話にて回答いたします。
- ※ 照会の内容により厚生労働省本省に照会するものがあり、回答までに時間を要する場合があります。

（事務所使用欄）

令和 年 月 日 受付

管理番号