

診療報酬改定に関する質問票

質問年月日	令和 年 月 日						
保険医療機関等名称					医療機関(ステーション)コード		
所属部署				連絡先電話			
担当者名				連絡先 Fax			
医科		歯科		薬局		訪問看護ステーション	
算定	施設基準	算定	施設基準	算定	施設基準	算定	基準

 医科・歯科・薬局の区分の中で、診療報酬等の算定に関する照会は「算定」に○を、施設基準に関する照会は、「施設基準」（訪問看護ステーションは「基準」）に○を記入して下さい。

医科・区分							
A.基本診療 ()	B.医学管理 ()	C.在宅 ()	D.検査 ()	E.画像 ()	F.投薬 ()	G.注射 ()	
H.リハビリ ()	I.精神科 ()	J.処置 ()	K.手術 ()	L.麻酔 ()	M.放射線 ()	N.病理診断 ()	

 医科の照会については、さらに該当する区分のアルファベットに○を記入し、区分番号を
かっこ内に記載してください。（分からぬ場合は記載不要です。）

一つの質問につき、一枚の質問票をお願いします。

質問	(表題)
処理欄	※回答は、受付順に電話にて行います。なお、質問内容によっては本省等への確認をするものもあるため、回答に相当の時間を要する場合もありますので、予めご了承ください。

関東信越厚生局長野事務所 メール gigisyo-09[a]mh1w.go.jp
(※問い合わせの際は、「[a]」を「@」に置き換えてご利用ください。)

事務所使用欄 令和 年 月 日受付

管理番号