

## 診療報酬改定等に関する質問票

質問年月日	令和 年 月 日				
保険医療機関コード 保険薬局コード			住 所 (都市名のみ)		
保険医療機関 等 名 称					
所 属 部 署			連絡先電話		
担 当 者 名			連絡先メール		
<b>医科</b>		<b>歯科</b>		<b>薬局</b>	
算定	施設基準	算定	施設基準	算定	施設基準

 医科・歯科・薬局の区分の中で、診療報酬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」に○を記入して下さい。

<b>医科・区分</b>						
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 醉 ( )	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。)

質問	(表題)	
処理欄		

関東信越厚生局新潟事務所メール gigisyo-07▲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。

事務所使用欄 令和 年 月 日受付

管理番号