

## 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 Fax		
<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。

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、区分番号をカッコ内に記載してください。(分からない場合は記載不要です。)

質 問	(表題)
回 答	

関東信越厚生局新潟事務所 Fax 025-364-1862

事務所使用欄

令和      年      月      日受付

管理番号