

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等	保険医療機関等コード： 名 称：				
市町村名		市・町	所属部署		
担当者名			連絡先電話		
医科		歯科		薬局	
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)
処 理 欄	

※回答につきましては、ご照会をいただいた方に電話にて回答させていただきます。

※ご照会の内容により厚生労働省等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のでご了承願います。

関東信越厚生局栃木事務所 Fax 028-341-8520

事務所使用欄 令和 年 月 日受付

管理番号