

# 令和4年度診療報酬改定関係疑義照会票（兼：送信票）

\* 整理等の都合上、お手数ですが、疑義照会票1枚につき1内容の照会としていただきますようご協力願います。

## ★ 手順1 【照会元】及び【宛先】について、次の①から⑨に記入願います。

<b>【照会元】</b>	① 照会日	月	日	<b>【宛先】</b>	↓ ○をした事務所等
② 病院・診療所・薬局の名称				⑨ ご照会元の所在地の府県に○ →	・ 福井(福井事務所)
③ 医療機関・薬局コード					・ 滋賀(滋賀事務所)
④ 病院・診療所・薬局の所在地 (※府県名から)					・ 京都(京都事務所)
⑤ ご担当者氏名					・ 大阪(指導監査課)
⑥ ご連絡先	電話 (      —      —      )				・ 兵庫(兵庫事務所)
⑦ 送付枚数 (※本紙含む)	枚	⑧ インターネット 閲覧環境 (※いずれかに○)	有・無		・ 奈良(奈良事務所)
					・ 和歌山(和歌山事務所)

## ★ 手順2 照会の区分、区分番号、照会項目を、次の①から③に記入願います。

① 区 分 (※いずれかに○)	医科 ・ 歯科 ・ 薬局 その他(                      )	② 区分番号 (例) 再診料の場合…「A001」	
③ 照会項目 (※いずれかに○)	算定方法関係 ・ 施設基準届出関係 ・ DPC関係 ・ その他(                      )		

## ★ 手順3 照会する内容を、次の①及び②に記入願います。(1枚につき1内容)

【①照会件名】 (※点数等の具体的名称について記載してください。【例：A001 再診料の時間外対応加算について】)

【②具体的な内容】 (※照会する内容について、具体的に記載願います。スペースが不足する場合は別紙(様式自由)に記載してください。また、添付資料がある場合は必要な資料を添付してください。)

## ★ 手順4 この照会票を、郵送にて【宛先】の事務所等へ送付願います。

※回答については、電話又は疑義解釈資料の近畿厚生局ホームページ掲載により行います。  
内容によっては、回答にお時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

受付印

【以下、厚生局使用欄(記入不要)】

照会元への回答日	月 日	回答方法	電話 ・ その他(                      )
※医療課進達日	月 日	※医療課回答日	月 日