平成30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。***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【照　会　元】 | **① 照会日** | | 月 　 日 | |  | 【宛　先】 | ↓ ○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）  　　FAX：0776-25-5375  ・　滋賀（滋賀事務所）  　　FAX：077-526-8116  ・　京都（京都事務所）  　　FAX：075-256-8684  ・　大阪（指導監査課）  　　FAX：06-4791-7355  ・　兵庫（兵庫事務所）  　　FAX：078-325-8928  ・　奈良（奈良事務所）  　　FAX：0742-25-5522  ・　和歌山（和歌山事務所）  　　FAX：073-421-8315 |
| **③ 医療機関・薬局**  **コード** |  | | | |  |
| **④ 病院・診療所・**  **薬局の所在地**  **（※府県名から）** |  | | | |  |
| **⑤ ご担当者氏名** |  | | | |  |
| **⑥ ご連絡先** | ・電　話 （　　　―　　　　　―　　　　　）  ・ＦＡＸ（　　　 ―　　　　　―　　　　　） | | | |  |
| **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 |  |

***★　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、郵送又はＦＡＸにて【宛先】の事務所等へ送付願います。***

　※ＦＡＸは混雑することが予想されますので、お手数ですが、**郵便**での送付にご協力願います。

受付印

　※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、あらかじめご了承願います。

　【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 |