

インターネット環境にある保険医療機関等の方は、こちらの様式は使用せず、四国厚生支局ホームページの疑義照会送信フォームよりお問い合わせください。

ただし、照会にあたり資料等がある場合は、「疑義照会送信フォーム」は使用せず、こちらの様式に添付して郵送してください。

令和 年 月 日

質 問 票

保険医療機関等名称		保険医療機関等コード	
担当者氏名（所属）		TEL	— — （内： ）

質 問 区 分（※該当する項目に○をご記載ください。）

医科		歯科		薬局		訪問看護	
算定	施設基準	算定	施設基準	算定	施設基準	算定	基準
区分（医科の照会については、さらに該当する区分に○を記入し、区分番号をご記載ください）							
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 （ ）	
参考となる書籍・告示・通知等の名称及び該当箇所		（例：「医科点数表の解釈 R〇〇.4 版 P24 注 1」等）					

質 問 項 目（※必ずご記載ください。）：

（質問項目記載例：「初診料について」等）

質 問 内 容 ：（※質問内容を詳しく具体的にご記載ください。）

選別・集計等の都合上、「質問票 1 枚につき 1 問」の記入としていただくようご協力願います。

保険医療機関等としての見解（※質問に対して病院等としての見解をご記載ください。）

※個人の疑義ではなく、貴機関内で検討しても解釈できないものについて照会ください。

※仮定の内容での照会のご遠慮ください。

※審査支払機関で査定を受けた場合等、個別案件にかかる返戻理由等にかかる照会は、返戻元の審査支払機関等へ直接ご照会ください。

※ご質問に対する回答は順次電話にて行ってまいります。診療報酬改定時期には、ご質問が短期間に集中し膨大な件数になることが予想されます。また、ご質問内容によっては、厚生労働省本省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、ご了承ください。

【送付先】

〒770-0941

徳島市万代町 3-5 徳島第 2 地方合同庁舎 4 階

四国厚生支局徳島事務所

TEL 088-602-1386