

令和2年度 診療(調剤)報酬改定にかかる質問票

質問年月日 令和 年 月 日 [医科 ・ 歯科 ・ 調剤]

照会者	保険医療機関コード または保険薬局コード		
	保険医療機関名称 または保険薬局名称		
	連絡先	電話番号	() -
		課または係名	
担当者氏名			
(質問内容) [区分:]			

※ 診療報酬改定に関する照会については、この質問票を使用し、質問事項の区分(例:A001等)および質問内容を記載のうえ、ファクシミリまたは郵便により送付してください。
 ※ 質問票には質問事項1つを記載し、質問が複数ある場合は、それぞれについて質問票を記載してください。

ファクシミリの送信先・郵送先は次のとおりです

管 轄	事 務 所 名	ファクシミリ番号	所 在 地
青森県	東北厚生局 青森事務所	017-724-9202	〒030-0801 青森市新町2-4-25 青森合同庁舎6階
岩手県	東北厚生局 岩手事務所	019-907-9072	〒020-0024 盛岡市菜園1-12-18 盛岡菜園センタービル2階
宮城県	東北厚生局 指導監査課	022-726-9268	〒980-8426 仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア21階
秋田県	東北厚生局 秋田事務所	018-800-7078	〒010-0951 秋田市山王7-1-4 秋田第二合同庁舎4階
山形県	東北厚生局 山形事務所	023-609-0139	〒990-0041 山形市緑町二丁目15-3 山形第二地方合同庁舎1階
福島県	東北厚生局 福島事務所	024-503-5032	〒960-8021 福島市霞町1-46 福島合同庁舎4階