疑　義　照　会　票

事務所使用欄	管理番号（　　）
	令和　　年　　月　　日受付

照会先 (E-mail アドレス)	※指導監査課又は各事務所宛て、原則メールにて提出してください。 なお、メールにて提出できない場合は、郵送等による提出も可能です。 ・富山事務所（E-mail：gigisyo-16●mhlw.go.jp） ・石川事務所（E-mail：gigisyo-17●mhlw.go.jp） ・岐阜事務所（E-mail：gigisyo-21●mhlw.go.jp） ・静岡事務所（E-mail：gigisyo-22●mhlw.go.jp） ・指導監査課（愛知）（E-mail：gigisyo-23●mhlw.go.jp） ・三重事務所（E-mail：gigisyo-24●mhlw.go.jp） ※　E-mail アドレスは ● を @ に置き換えてください。			
種別	医科	歯科	調剤	その他（　　）
診療法令	基本診療料	特掲診療料	食事療養	その他（　　）
参考資料等 記入欄	《区分番号　　》《資料対象ページ　　》			
疑義事項　主題				
(質問事項)　※できるだけ具体的に記載してください。				
医療機関等名称			担当者氏名	
電話番号	ー　　ー (内線　　番)		照会日	令和　　年　　月　　日 （　メール　・　郵送等　）

※　・該当する区分に〇を記入してください。(照会先・種別・診療法令・照会日)

・照会いただいた質問に対しては、個別に口頭にて回答いたします。なお、内容によっては回答にお時間を要する場合がございます。何とぞ御了承ください。