

平成30年度 診療報酬改定 質問票

(医科)

平成 年 月 日

| | |
|-------|--------|
| 医療機関名 | |
| 担当者氏名 | |
| 電話番号 | (内線 番) |
| FAX番号 | |

| | |
|---------------|--|
| 区分番号 | |
| 質問事項 | |
| 質問内容 | ※できるだけ詳細にご記入をお願いします。 |
| 「質問内容」に対する見解等 | |
| 参 考 | <ul style="list-style-type: none"> ・医科点数表の解釈（社会保険研究所発行） _____ 頁 ・診療点数早見表（医学通信社発行） _____ 頁 ・改定診療報酬点数表参考資料（日医発行） _____ 頁 ・（ _____ 発行先： _____ ） _____ 頁 ・（ _____ 発行先： _____ ） _____ 頁 ・省令、告示、通知： 平成 年 月 日 発 第 号 <p style="margin-top: 10px;">※参考となる資料がある場合は資料を添付して下さい。(送付枚数： 枚)</p> |

| |
|---|
| <p>【送付先】 ※送付先をチェックして、FAXして下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>九州厚生局沖縄事務所 FAX番号：098-833-6250 電話番号：098-833-6006</p> <p><input type="checkbox"/>沖縄県医師会 保険課 FAX番号：098-888-0089 電話番号：098-888-0087</p> |
|---|