

令和2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>※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>

【送付先】※送付先をチェックして、FAXして下さい。

九州厚生局沖縄事務所 FAX番号: 098-833-6250 電話番号: 098-833-6006

沖縄県医師会 保険課 FAX番号: 098-888-0089 電話番号: 098-888-0087