岡山県保険医協会　行　FAX：**０８６−２７７−３３７１**

診療報酬（医科）質問票

年　　　月　　日

|  |
| --- |
| 医療機関名 |
|  休 診 日：　　　　　　　　曜日　　電話不通時間:　　　　　〜　　　　　　　 |
| 電話番号： | FAX番号： |
| ご 氏 名： |
| 質問事項（複数可）※　点数の区分番号（例●-000）や改定関係書籍の該当頁がありましたらご記入願います |

（備考）

・複写してご利用ください。

・質問の集中や、未だ取扱いが明らかでない等の理由により、回答に時間を要する場合がございますが、順番に回答させていただきますのでご了承願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　岡山県保険医協会