宮崎県医師会　保険課　行
（ ＦＡＸ　０９８５－２７－６５５０　／　E-mail　office@miyazaki.med.or.jp ）

令和６年度診療報酬改定「質問用紙」

質問項目及び内容を詳しくご記入の上、県医師会にＦＡＸ又はメールでお送りください。
関係機関に確認後、回答いたします。（点数の名称：再診料（時間外対応加算））

点数の名称等：
質問内容：

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
ふりがな
担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX 番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿