

東京保険医協会 FAX 0 3 - 5 3 3 9 - 3 4 4 9

診療報酬質問 FAX 用紙

会員名	医療機関名	担当者名
電話番号（お返事はこちらに記載の番号へ回答の電話をおかけします）		
質問内容 ※診療報酬に関する質問をお書きください。		
参考までに連絡のつきやすい時間をご記入ください。 （いつでも可・ ： ～ ： ）休診日： ※日にちの指定はできません。 急ぎの質問については診療報酬質問 FAX 用紙ではなく、電話でお願いします。		

※FAX を確認次第、担当者より順次ご連絡させていただきます。ご理解とご協力をお願いします。