

令和 年 月 日

**生活保護等診療報酬明細書点検等と
診療報酬明細書を活用した健康管理支援業務に関する質問書**

質問者	会社名 : 会社所在地 : 所属・役職 : 担当者氏名 : 電話番号 : E-mail : ファックス番号 :
項目	資料名 : ページ : 項目 :
内容	

※ 質問の内容の他、質問の意図・背景についてもわかりやすく記載すること。

※ 文章はできるだけ、簡潔なものとすること。