

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。