

平成29年度係別分担表

H29.4.1

		審査課 TEL:059-228-9717 FAX:059-228-5319			審査管理課 TEL:059-228-5189 FAX:059-228-5319	
		第一係 (医科・調剤)	第二係 (医科・調剤)	歯科係	療養費係	
担当地区	松 阪 市 07	桑 名 市 01	歯 科 県下全域			
	伊 勢 市 08	四 日 市 市 02				
	鳥 羽 市 09	鈴 鹿 市 03				
	尾 鷲 市 10	亀 山 市 04				
	熊 野 市 11	津 市 05				
	伊 賀 市 12	三 重 大 学 402				
	名 張 市 13					
	いなべ 市 14					
	桑 名 郡 20					
	員 弁 郡 21					
	三 重 郡 22					
	多 気 郡 27					
	度 会 郡 28					
	志 摩 市 29					
	北 牟 婁 郡 30					
	南 牟 婁 郡 31					
	三 重 中 央 403					
	国立病院機構 41					
					訪問看護	} 県下全域
				療養費		