

【障害福祉の請求・支払に関する問い合わせ】

送 付 先	茨城県国民健康保険団体連合会 障害福祉担当			
	F A X 0 2 9 - 3 0 1 - 1 5 7 9			
発 信 元	事業所番号			
	事業所名称			
	担当者氏名			
	電話番号		F A X	
	Eメール			
	発信日	平成	年	月 日
問 い 合 せ 内 容	件名			
	内容：			

この用紙のほかに、F A X送信票を送る必要はありません。
 問い合わせ内容が複数ある場合は、番号を付けて箇条書きにしてください。