

電子請求受付システム問い合わせ票

お問い合わせ先 TEL 03 - 5911 - 1559 E-Mail mail@e-seikyuu-help.jp FAX 03 - 5911 - 1599

お問い合わせ内容等 (ご提供頂いた個人情報は、国保中央会電子請求ヘルプデスクでの目的のみに使用し、他の目的には一切使用しません。)

ID種別と番号 (ご使用のIDをご記入願います)	事業所ID	1234567890		お問い合わせ日	平成 21 年 12 月 12 日	
	代理人ID					
事業所名等	(フリガナ) コクホジギョウシヨ ----- 国保事業所					
ご担当者名	(フリガナ) コクホ タロウ ----- 国保 太郎 様 担当部署() 役職()					
ご連絡先	TEL. (03) 1234 - 5678 FAX. (03) 9876 - 5432					
	メールアドレス kokuho@xxx.co.jp (携帯メールアドレスはお避け下さい)					
ご使用のOS	<input checked="" type="checkbox"/> Windows® Vista <input type="checkbox"/> Windows® XP <input type="checkbox"/> Windows® 2000 <input type="checkbox"/> その他のOS ()					
サービス種別	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 障害児施設支援 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業					
ご使用のシステム	簡易入力システム		取込送信システム		<input type="checkbox"/> データ移行	
	<input checked="" type="checkbox"/> バージョン2.2 <input type="checkbox"/> バージョン2.1 <input type="checkbox"/> その他のバージョン ()		<input type="checkbox"/> バージョン2.2 <input type="checkbox"/> バージョン2.1 <input type="checkbox"/> その他のバージョン ()			
お問い合わせ件名	簡易入力システムにおける請求情報送信について					
お問い合わせ内容 (どの画面で、どのような障害が発生しているかを詳しくご記入願います。)	請求情報を送信する際に入力するユーザIDは、連合会が通知するユーザIDですか。					

太枠内に内容を記載し、また該当の に レ点を付けてください。
いずれも回答に必要な項目となりますので、ご協力お願い致します。

Ver 2.2