介護保険審査支払等に関する問合せ票

**お問合せ内容・時期により、お時間のかかることも想定されますので、ご了承くださるようお願い申し上げます。**

**また、**[**『エラーの解説』**](https://www.ibaraki-kokuhoren.or.jp/cms/wp-content/uploads/2024/03/88d50565af633c3e6f5bf49820c39c2f.pdf)**において、ご案内をしておりますので、参考までにご覧ください。**

**＜送信先＞**

**茨城県国民健康保険団体連合会　介護保険課　ＦＡＸ：0２９-３０１-１５８０**

◎太枠内を記入して下さい。“□”は該当するものを“■”として下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **問合せ****年月日** | 令和　　　年　　　月　　　日 | ステータス(国保連使用欄) | □　回答日 （　　／　　）□　回答者 （　　　　　）回答方法* FAX　□　Mail　□　電話
 |
| **事業所番号** |  |
| **事業所名** |  |
| **担当者名** |  | *連絡先電話番号**ＦＡＸ番号* | （　　　　）（　　　　） |
| **請求媒体** | □　伝　送　　　　□　媒体（CD・FD）　　　　□　紙（帳票） |
| **件名** | □　返戻に関する問合せ　（エラーコード　　　　　　　）　　□　請求方法に関する問合せ　□　増減に関する問合せ□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【お問合せ内容】 |
| 注）返戻、減額決定の場合は…　　　　①審査年月・サービス提供年月　②返戻一覧表“備考欄”のエラーコード（件名に記載）　③請求の状況説明④疑問点、不明な点の概要などを簡潔に記述して下さい。 |
| *添付資料* | 枚 |  |

※お問い合わせ内容や添付資料には個人情報を記載しないようにお願いします。