質問・問合せ連絡票

|  |  |
| --- | --- |
| 鳥取県国民健康保険団体連合会審査課介護・障がい係FAX：0857-29-6115 | 年　　　　月　　　　日 |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者 |  |
| 連絡先電話番等 | 　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 請求媒体 | 　伝送　　　　FD　　　　CD　　　　帳票　　　　（○をしてください） |
| 送信枚数 | 　　　　　　　　　　　　枚　（　添付資料　　有　・　無　） |
| 件名 |  |
| 質問・問合せ内容 |  |
| 回答 |  |
| 回答管理番号 |  |

注：等連絡票ファイルのフォーマット変更は行わないでください。