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。