

介護給付費請求事務等に関する問合せ票

お問合せ先 FAX 092-642-7856  
 福岡県国民健康保険団体連合会 事業部 介護保険課 介護保険係

お問合せ日	年	月	日				
事業所番号							
事業所名称							
ご担当者名	(フリガナ)						
ご連絡先	TEL	-	-	FAX	-	-	
お問合せ 区 分	<input type="checkbox"/> 記載要領 <input type="checkbox"/> 算定方法 <input type="checkbox"/> 伝送通信 <input type="checkbox"/> その他						
お問合せ 内 容							

【連合会確認欄】

回答日	回答者	回答方法
年 月 日		<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX