

問 合 せ 票 (適正化)

送信先	福島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 適正化業務担当 行		
F A X 番号	0 2 4 - 5 2 8 - 0 9 8 9	電話番号	0 2 4 - 5 2 3 - 2 7 0 2
	※F A X 番号の間違いにご注意ください		
帳票区分 (縦覧審査) 算定・居宅・重複・単独 (突合審査) 国保・後期			
※いずれかに○をつけてください			
問合せ事業所記載欄			
事業所の名称 _____			
事業所番号 _____			
担当者名 _____			
電話番号 _____ F A X 番号 _____			
添付資料 <u>有</u> (枚数) _____ ・ <u>無</u> _____			
※添付資料を送信する際は、個人を特定する氏名を抹消してください。			

※ 国保連合会への問合せは、ファックスでお願いいたします。