

問 合 せ 票

送信先	福島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 介護保険係
F A X 番号	0 2 4 - 5 2 8 - 0 9 8 9
	※F A X 番号の間違いにご注意ください
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 有 (枚数) _____ ・ 無 _____	
※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。