問　合　せ　票　（適正化）

送信先	福島県国民健康保険団体連合会　介護福祉課　適正化業務担当　行
ＦＡＸ番号	０２４－５２８－０９８９
	※ＦＡＸ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 ＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ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。