

送付票

福島県国民健康保険団体連合会 様

事業所番号	0	7								
事業所名										
担当者名										
連絡先 電話番号										

介護給付費等請求書等の提出について

このことについて、下記のとおり

1. CD 2. FD 3. 帳票 にて提出いたします。

(1~3のいずれかを○囲み願います。)

【提出内訳】

内 訳 (いずれかを○囲み願います)	サービス 提供年月	ファイル名	連合会 チェック欄
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		

ファイル数.....個