問　合　せ　票　（介護）

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　行		
ＦＡＸ番号	０２４－５２８－０９８９	電話番号	０２４－５２３－２７０２
	※ＦＡＸ番号の間違いに御注意ください		

問合せ内容の番号に〇を付けてください。

１　返戻について　　２　適正化について　　３　主治医意見書について

４　電子証明書について　　５　その他

【問い合わせの詳細を御記入ください】

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。