

介護給付費明細書等の記載方法等に関するお問い合わせ(F A X)

送 信 先	北海道国民健康保険団体連合会
	総務部介護・障害者支援課介護審査係
	F A X 番号 0 1 1 - 2 3 3 - 2 1 7 8
送 信 元	事業所番号: 0 1
	事業所名:
	担当者:
	電 話: F A X:
日 付	平成 年 月 日 時 分
送信枚数	A 4 枚 (このページを含む)
件 名	
(お問い合わせ内容)	

(注) F A X は随時受け付けておりますが、毎月 9 日 ~ 1 5 日は業務上の都合により F A X 送信はお控えください。