インターネットによる請求に関する届

「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令」の規定に基づき次のとおりお届けします。

年　　月　　日

山口県国民健康保険団体連合会　御中

開設者　（法人）住所
（法人名）

代表者名　　印

介護保険 事業所番号											
介護保険 事業所名称											
介護保険 事業所所在地	〒　　- TEL										
担当者氏名 連絡先電話番号											
インターネットによる請求を 年　　月　請求から開始します。											