介護保険請求及び支払に関する
ＦＡＸ送信票兼質問票

送信先	山口県国民健康保険団体連合会 **ＦＡＸ　083-934-3665** 送信日時　　年　　月　　日　　時
内　容	参考資料を別紙のとおり＿＿＿枚送付します。
発信元	事業所番号 事業所名 〒 ＴＥＬ ＦＡＸ 担当者名