特定健診等に関する問合せ票＜FAX専用＞

**＜送信先＞**

**岩手県国民健康保険団体連合会　保健介護課保健係　ＦＡＸ：019（622）1668**

◎太枠内をもれなく記入して下さい。“□”は該当するものを“■”として下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *問合せ**年月日* | 令和　　　年　　　月　　　日 | *ステイタス**(国保連使用欄)* | *□　電話連絡済（　　／　　）**□　一次回答済（　　／　　）**□　回答保留（　　／　　）**□　ＣＬＯＳＥ（　　／　　）* |
| *健診等機関番号* |  |
| *健診等機関名称* |  |
| *担当者名* |  | *連絡先電話番号**ＦＡＸ番号* | （　　）（　　） |
| *請求媒体* | □　F D　　　　□　M O　　　　□　CD-R　　　　□オンライン |
| *件名* | □　返戻に関する問合せ　　　□　支払決定に関する問合せ□　請求方法に関する問合せ□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| *【問合せ内容】* |
| *添付資料* | 枚 | □　返戻一覧表　　　　□　支払額通知書等□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

岩手県国保連合会　保健介護課　電話：０１９（６２３）４３２４　〔９時～１７時〕