

事 務 連 絡  
平 成 年 月 日

確認試験実施機関 御中

群馬県国民健康保険団体連合会

光ディスク等を用いた費用の請求に係る確認試験の実施について

このことについて、下記のとおり実施いたします。

なお、提出いただく磁気媒体の貼付ラベルの余白に「**試験用**」と朱記されますようお願いいたします。

記

- 1 媒体の提出期限 平成 年 月 日
- 2 媒体の提出先 群馬県国民健康保険団体連合会
- 3 実施予定日 平成 年 月 日
- 4 試験結果の発送予定日 平成 年 月 日
- 5 その他

「光ディスク等を用いた費用の請求に関する届出」を提出する場合は、請求を開始する月の前月20日までをお願いします。