

初回

伝送完了届

● 事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

● 事業所名称

● 電話番号

● 伝送内容(○印を付けてください。)

1. 給付管理票
2. 介護給付費明細書

* 本届送付に際し、送信票は不要です。FAX番号はお間違いのないようにお願いします。

送付・問い合わせ先

〒371-0846 前橋市元総社町335番地の8
群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課
電話:027-290-1319 FAX:027-255-5077