

# 介護保険事業所の伝送登録に関する届

平成 年 月 日

事業所番号	
事業所名	
担当者名	
連絡先電話番号	
登録状況 ※該当に○をつけて下さい。	新規登録 ・ 変更登録 ・ 伝送取消

伝送請求する場合に使用する I S D N回線の電話番号を記入ください。

接続先電話番号	
---------	--

介護保険請求明細書等入力（伝送）ソフトの購入先を記入ください。

システム開発会社名	
-----------	--

備考

連合会使用欄	
受付	処理

岐阜県国民健康保険団体連合会  
介護保険課  
TEL 058-275-9825