

FAX送信 1枚

千葉県国保連合会
介護保険課 行
FAX 043-254-0048

平成 年 月 日

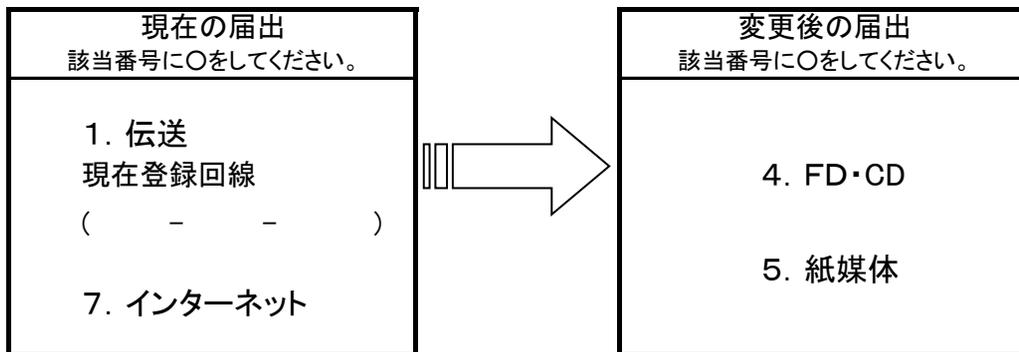
事業所番号	1 2
事業所名称	担当者名 <input type="text"/>
TEL	

届出ている内容に変更が生じた場合に提出してください。

請求媒体変更届 (伝送またはインターネットの解除)

下記のとおり、請求媒体の登録変更をお願いします。

請求媒体登録の変更



変更理由	
------	--

* 伝送以外の媒体を選択した場合、連合会に登録してある回線番号を削除させていただきます。

連合会処理

システム	登録	発送	その他
/	/	/	/