FAX送信番号:098-867-6794

ＦＡＸ質問票

事業所番号		事業所名	
連絡先電話番号		ご担当者名	

●質問区分（照会内容を選択してください。）

☐ 返戻に関すること　☐ 電子請求に関すること（証明書・パスワードなどに関すること）

☐ その他請求に関すること【　　】

●お問合せ内容

※ご質問についてはお電話にて順次回答いたしますが、内容によっては回答までに時間がかかる場合がございます。あらかじめご了承ください。

※お問合せの内容（算定に関する解釈、運営に関する基準等）によっては保険者（市町村）等へご案内させて頂くことがあります。

※算定に関する解釈のお問い合わせについては、「介護報酬の解釈（青本）」、介護報酬に関するＱ＆Ａ等をご確認いただいたうえでそれでも不明な場合、①事業所の見解②事業所での算定根拠もあわせて具体的に記載の上ご質問ください。

沖縄県国民健康保険団体連合会
介護福祉課　介護福祉係