

## 介護給付費等請求に係る媒体送付書

鹿児島県国民健康保険団体連合会 行

介護給付費等明細書の請求について、下記のとおり提出します。

請求年月日	令和 年 月 日			
事業所番号				
事業所名				
電話番号		担当者		

請求月	令和 年 月請求分			
媒体種別	FD	CD	紙(明細書)	紙(給付管理票)
媒体枚数(冊数)	枚	枚	冊	冊

※媒体種別については、該当に○をしてください。  
※なお、複数ある場合はすべてに○をしてください。