**資料２　質問票**

質　　問　　票

鹿児島県国民健康保険団体連合会　御中

（担当部署　保険者支援課保険者支援係）

法人等名称：

担当部署：

担当者名：

電話：

ＦＡＸ：

電子メール:

「医療費通知等作成業務」（令和６年３月１２日付公告）に関する質問票を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 資料名 |  |
| ページ |  |
| 項目名 |  |
| 質問内容 |  |

送信先電子メールアドレス：k-joho307@kagoshima.kokuhoren.jp