

様式第6号

質 問 書

平成 年 月 日

西宮市国民健康保険課 事務局 御中

会 社 名

代表者名

担 当 者

電話番号

e-mail

柔道整復施術療養費支給申請書内容点検等業務について、下記の事項について質問します。

番号	質 問 内 容
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

※当書式に記入のうえ、電子メールで送信してください。

※電子メールの題名は必ず「柔道整復施術療養費支給申請書内容点検等業務質問書：(貴社名)」としてください。

送付先は vo_kokuho@nishi.or.jp としてください。