

事務連絡
平成 20 年 9 月 10 日

各保険医療機関 様

高知県国民健康保険団体連合会

福祉医療費請求書の開設者名の記載について

平素は、本会の審査支払業務につきまして御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、県及び市町村単位実施医療費助成事業にかかる福祉医療費請求書につきまして、
開設者名欄へは、開設者氏名を記載くださるようお願いいたします。

例) 株式会社〇〇〇 代表□□□□

高知県国民健康保険団体連合会
担当：審査第1課 業務係
電話：088-820-8407

