

**【大分県重度心身障がい者医療費給付事業(自動償還)】
自己負担額支払明細書作成要領(医療機関向け)に係る質問書**

会社名	
部署名	
担当者名	
連絡先電話番号	

NO	質問内容
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

【送付先】

大分県国民健康保険団体連合会 情報管理課宛に電子メールで送付願います。
densan@oita.kokuhoren.jp

【その他】

メールの件名は、「【質問書】医療機関向け作成要領」と記載ください。