

# 介護給付費等審査支払FAX照会票

(記載留意事項)

- ・「送付書」などは必要ありませんので、このまま送付してください。
- ・添付資料等がありましたら併せて送付してください。
- ・②⑧⑪欄は、該当区分に○印を付けてください。
- ・照会内容に対象となる人の保険者番号・被保険者番号を明記してください。

## 照会事業所等

①照会年月日	令和 年 月 日
②事業所区分	サービス事業所 ・ 居宅支援 ・ 介護施設
③事業所番号	
④事業所名	
⑤担当者名	
⑥連絡先電話番号	
⑦連絡先FAX番号	
⑧請求媒体区分	伝送 ・ F D ・ 帳票

## 照会内容

⑨サービス対象月	平成・令和 年 月 サービス
⑩審査対象月	平成・令和 年 月 審査
⑪照会内容区分	返戻保留関係 ・ 支払決定額等 ・ その他

照会先：秋田県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険班  
照会先FAX番号 018-883-1551