

送信先

【FAX番号】 082-568-1130
全国健康保険協会広島支部 業務グループ あて

FAX依頼票

以下の書類について、送付依頼します。

必要なチラシの名称	必要数
マイナ保険証の利用案内(限度額情報の確認)	部

※恐れ入りますが、10 部単位でのご記入をお願いします。

<送信元情報>

医療機関名 :

所在地 :

連絡先電話番号 :

FAX 番号 :

担当者名 :