

質 疑 書

令和 年 月 日

会社所在地	
社名・部署名	
担当者名	
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	

質疑事項（令和 7 年度 第 29 号 後期高齢者医療給付支給決定通知書作成業務）

※質問は簡潔に記入してください。

※受付期間は令和 8 年 2 月 17 日（火）から令和 8 年 2 月 26 日（木）午後 5 時までとさせていただきます。