１．提出期限：　　**令和７年１月１５（水）午後５時必着**

２．回答予定日時：**令和７年１月１７日（金）午後５時**

３．質疑担当：　宗像市　国保医療課　国民健康保険係　武丸・小野

４．電話番号：　０９４０－３６－１３６３

５．FAX番号：　**０９４０－３６－７０１５**

６．その他：　**※この質疑書は、質疑の有無に関わらず、必ず上記の提出期限までに提出してください。**

・質疑事項がない場合は、**「質疑なし」**と記載してください。

・FAXにて送信し、その旨を電話にて確認お願いします。

・回答は、質問者にFAXににて回答書を送信し、市公式ホームページに質問内容

及び回答内容を公開します。

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  **質　疑　書**  宗像市長　あて  （国保医療課国民健康保険係）  （社名）  担当者名：  電話番号：　　　　　　　　　FAX番号  **件名：診療報酬明細書、柔道整復施術療養費及びあはき療養費支給申請書**  **内容点検等業務委託** | |
| 質疑番号 | 質　疑　事　項 |
|  |  |

※　質疑番号を必ず付してください

※　この用紙で不足する場合は、複写してご利用ください