

# 【Fax 用お問い合わせ用紙】

お問い合わせありがとうございます。  
項目をご記入の上、下記の FAX 番号まで送信してください。

選別	<input type="checkbox"/> 個人様 <input type="checkbox"/> 事業者様
事業者番号	※事業者様はこちらをご記入ください。
事業者名	※事業者様はこちらをご記入ください。
お名前 (ご担当者名)	
お電話番号	
郵便番号	〒 <input type="text"/>
ご住所	



兵庫県指定情報公表センター（兵庫県国民健康保険団体連合会内）

〒650-0021

兵庫県神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 号

**TEL** 078-332-5623

**FAX** 078-332-9520