

[] 장기요양기관용

1. 수급자 성명 :
2. 장기요양 인정번호 :
3. 급여계약일자 :
4. 제공기간 : 장기요양급여계약 기간(~)

전화번호 : 팩스 :

국민건강보험공단 이사장 귀하