

# 質 疑 書

埼玉県後期高齢者医療広域連合  
広域連合長 原口 和久 宛

住 所：  
商号・名称：  
代表者氏名：

㊞

担 当 者：  
T E L：  
F A X：

件名：後期高齢者医療被保険者証再交付分作成等業務委託

質 疑	回 答

※ 質疑に関しては、メールで受け付けます。送信の際は、その旨を電話で御連絡ください。

受付期限：令和4年5月6日（金） 午後5時まで  
電 話：048-833-3125  
メー ル：hokenryou@saitama-koukikourei.jp