質 問 書

令和　　年　　月　　日

契約担当者　様

住所

　　　　　　商号又は名称

担当部署

担当者氏名

電話番号

件名　後期高齢者医療被保険者証及び限度額適用・標準負担額減額認定証等

　　　作成封入封緘業務委託

上記件名に係る仕様書の内容等について、次のとおり質問します。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目（ページ数等） | 質問内容 |
|  |  |