

XXXXXXXXXXXX 御中

国民健康保険中央会

障害者総合支援給付審査支払等システム接続試験実施連絡書

ご依頼のありました接続試験の実施については、下記スケジュールにより行います。なお、日程の変更を希望される場合には、お手数ですが申込書兼日程調整票にて、再度お申込みいただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

- | | |
|----------------|------------|
| 1. 試験実施日 (※1) | 令和7年XX月XX日 |
| 2. 試験結果等の送付予定日 | XX月XX日 |
| 3. ベンダ番号 (※2) | T**** |
| 4. 試験番号 (※2) | 0000 |

※1 上り試験データは試験実施日10:00迄に送信してください。

※2 国保中央会との間で送受信する電子メールの主題、本文及びファイル名などにて使用します。

— 以上 —