

장기요양급여비용 현지확인 통보서

장기요양기관 명 칭 :
기 호 :
대표자 :
소재지 :

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제31조제1항에 따라 장기요양급여비용에 대한 현지확인을 아래와 같이 실시하고자 합니다.

가. 기 간 : ~
나. 내 용 :
다. 확인자 성명 :

· · ·
국민건강보험공단이사장