

平成 年 月分 介護保険主治医意見書作成料総括表

保険者 <hr style="border: 0.5px solid black;"/> 下記のとおり請求する。 平成 年 月 日 保険医療機関・施設の所在地及び名称 開設者氏名 <div style="text-align: right;">印</div>	様式	保険者コード
	1 8 5	2 3 5
	保険医療機関・施設コード	
	6	12

	件 数	金 額
請求	13 17 18	26

	件 数	金 額
返戻		
増額		
減額		
請求誤差		

- * 各保険者ごとに作成ください。
- * 太線の枠内及び請求年月のみ記入ください。