


<記載方法>

※太枠線の枠内及び請求年月のみ記載してください。
 ※介護保険者ごとに総括表を付けてください。
 ※月遅れ・返戻再請求分がある場合は、当月請求分を含めて総括表を付けてください。
 ※他県被保険者及び生活保護単独受給者の作成料は取り扱っておりません。該当の保険者及び福祉事務所にお問合わせください。

介護

令和 1 年 5 月分 介護保険主治医意見書作成料総括表

請求年月を記載ください(数字で)

| | | |
|---|--|--|
| 保険者 〇〇市(または〇〇組合) | 様式 | 保険者コード |
| | 1 8 5 | 2 3 5 |
| 下記のとおり請求する。 令和 1 (2019)年 6 月 7 日 保険医療機関・施設の所在地及び名称 開設者氏名 富山県〇〇市 国保病院 院長 国保 太郎 | 介護保険者名を記載ください 押印してください  | 保険医療機関・施設コード 1234567 介護保険事業者番号を7桁で記載ください(〇の部分のみ) (例)・161〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ・165〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ・16B〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| 請求 | 件数 13 17 18 1 件 | 金額 26 5,400 円 |

消費税を含めた金額を記載ください

| | 件数 | 金額 |
|------|---------------------|----|
| 返戻 | | |
| 増額 | こちらの欄には何も記載しないでください | |
| 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。