

様式1号

年 月分

## 介護保険主治医意見書作成料請求総括票

福島県国民健康保険団体連合会 様

請 求 日 年 月 日

事業所番号										
所在地										
事業所名称										
開設者氏名	印									
電話番号										

主治医意見書作成料請求書を下記のとおり請求します。

請 求 件 数
件

請 求 金 額
円