

様式1号

令和 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 令和 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