

# 介護

## 令和 年 月分 介護保険主治医意見書作成料総括表

保険者 <hr/> 下記のとおり請求する。 年 月 日 保険医療機関・施設の所在地及び名称 開設者氏名  印	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。