

令和 年 月分 主治医意見書料請求総括表

令和 年 月 日

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

事業所番号	
-------	--

所在地  
名称  
開設者氏名  
電話番号

印

令和 年 月分の介護保険主治医意見書料を下記のとおり請求します。

1. 請求件数 件
2. 請求金額 円
3. 請求内訳 別添「主治医意見書作成料請求書」のとおり
4. 振込先 (県外取扱機関の場合、ご記入ください。)

金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	支店
( 普通 ・ 当座 ) 口座番号			
フリガナ			
名義人			