令和　年　月分 介護保険主治医意見書作成実績報告書兼請求書

福 島 市 長

住　　所 〒	
医療機関名 代表者氏名	
電　　話	
適格請求書発行 事業者登録番号	

債権者コード

本件責任者:	(電話)　－　－
本件担当者:	(電話)　－　－

請求金額	

【内訳】

提出月日	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	施設・在宅	新規・継続	作成(円)
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
月　日			・　・	施設・在宅	新規・継続	
				内訳合計（10%対象額）		
				消 費 税（10%対象額）		

在宅・新規	件	在宅・継続	件
施設・新規	件	施設・継続	件

※市記入欄

受領日	受領者	備　考　【在籍確認等】