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

債権者コード

住　　所
医療機関名 代表者氏名
電　　話

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	
				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】