

介護給付費請求書等送達票

| | | | | | | | | | |
|--------|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所コード | 0 | 4 | | | | | | | |
| 事業所名 | (TEL :) | | | | | | | | |
| 連絡先担当者 | | | | | | | | | |

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

平成 年 月 日提出

介護給付費請求書等を下記のとおり送達します。

記

請求媒体（紙・FD/CD-R（枚）・伝送）該当分を丸印で囲む

（伝送時：送信日時 月 日 時 分）

| | |
|---------------------------------|---|
| 給付管理票 ※居宅介護（予防） 支援事業所のみ記入 | 件 |
|---------------------------------|---|

介護給付費請求書

| サービス提供月 | 件数 | 請求総額 | サービス提供月 | 件数 | 請求総額 |
|---------|----|------|---------|----|------|
| 月 | | | 月 | | |
| 月 | | | 月 | | |
| 月 | | | 月 | | |
| 月 | | | 月 | | |
| 月 | | | 計 | | |
| 備考 | | | | | |

記入上の注意点

- 1 介護給付費請求書欄は、サービス提供月毎に記入してください。
- 2 請求総額は、請求書のサービス費用、特定入所者介護サービス費等又は食事提供費用の保険請求額合計（二重線枠）と公費請求額の合算額（4ヶ所の計）を記入してください。
- 3 件数は、請求書の保険請求サービス費用の合計件数に生保単独分の件数を加えてください。
- 4 本票をコピーし、原則として月1枚作成してください。