

窓空宛名
(医療機関等)

〇〇病院

別紙 1

年 月 日

知多北部広域連合長
花田 勝重

介護保険 主治医意見書提出依頼書

このたび下記の者から要介護認定の申請があり、あなた様が主治の医師であるとのことでありましたので、ご多忙のところ恐縮ですが、意見書を作成していただきますようお願いいたします。

記

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号	0000000000		
	フリガナ	〇〇 △△	生 年 月 日	昭和〇年〇月〇日
	氏 名	〇〇 △△	性 別	男
	住 所	〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町 電話番号		
備 考				

別紙、「介護保険主治医意見書作成料請求書」に意見書作成日、意見書送付日を記入の上、愛知県国民健康保険団体連合会へご提出ください。

意見書作成料は、愛知県国民健康保険団体連合会を通じてお支払いいたします。

問合せ先
知多北部広域連合 事業課 認定係
電話番号 052-689-2262
F A X 052-689-2265