

介護保険 主治医意見書作成料請求書

(年 月 作成分)

請求年月日	年 月 日	受領の方法			
請求者	住所	口座振替払	下記の口座へ振り込みを依頼します。		
	電話番号		金融機関名(カナ)	コード	
	医療機関コード		支店名(カナ)	コード	
	医療機関名		預金種目		
	代表者職氏名 及び代表者印		口座番号	フリガナ	
	印		名義人		

つくば市長 様 右の金額を請求します	¥
--------------------	---

請 求 明 細

No.	被保険者氏名	被保険者番号	生年月日	作成年月日	種別(該当に○)				診断・ 検査費用
					在宅		施設		
					新規	継続	新規	継続	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

請求内訳	意見書料	在宅	新規	5,000円	×	件	円
			継続	4,000円	×	件	円
		施設	新規	4,000円	×	件	円
			継続	3,000円	×	件	円
	診断・検査費用						円
	消費税(10%)						円
	合計						円