介護保険　主治医意見書作成料請求書

年　　月　　日

都留市長　　様

【　　年　　月分】（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

請求金額										円

請求医療機関名												
	コード											
	名　称	印										
	所在地											

当医療機関が行った、介護保険主治医意見書作成に係る手数料については、つぎのとおり振込をしてください。

【振込口座】

金融機関名					本・支店名				預金種別	口座番号						
銀行 信用金庫 信用組合					本店 支店 出張所											
金融機関コード					本・支店コード				1.普通 2.当座							

口座名義人	住　所	
	フリガナ	
	氏　名	

（裏面請求明細書）

介護保険　主治医意見書作成料　請求明細書

被保険者	フリガナ			被保険者番号			意見書作成料						円
	氏　名			生年月日	明大昭　年　月　日		診断・検査料						円
	性別	□男 □女	種別	□在宅 □施設	□新規 □継続		消費税						円
作成年月日	年　月　日						計						円

被保険者	フリガナ			被保険者番号			意見書作成料						円
	氏　名			生年月日	明大昭　年　月　日		診断・検査料						円
	性別	□男 □女	種別	□在宅 □施設	□新規 □継続		消費税						円
作成年月日	年　月　日						計						円

被保険者	フリガナ			被保険者番号			意見書作成料						円
	氏　名			生年月日	明大昭　年　月　日		診断・検査料						円
	性別	□男 □女	種別	□在宅 □施設	□新規 □継続		消費税						円
作成年月日	年　月　日						計						円

被保険者	フリガナ			被保険者番号			意見書作成料						円
	氏　名			生年月日	明大昭　年　月　日		診断・検査料						円
	性別	□男 □女	種別	□在宅 □施設	□新規 □継続		消費税						円
作成年月日	年　月　日						計						円

被保険者	フリガナ			被保険者番号			意見書作成料						円
	氏　名			生年月日	明大昭　年　月　日		診断・検査料						円
	性別	□男 □女	種別	□在宅 □施設	□新規 □継続		消費税						円
作成年月日	年　月　日						計						円

【作成料】 在宅新規-5,000 円　在宅継続-4,000 円　施設新規-4,000 円　施設継続-3,000 円

「診断・検査料」は、指定医の場合のみ請求してください。この場合には「請求明細書付票」も作成してください。

合　計						円