

介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

都留市長 様

【令和 年 月 分】

請求金額											円
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

請求医療機関名	コード											
	名称											印
	代表者											
	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。なお、請求者と口座名義人が異なる場合、口座名義人に請求金額の受領を委任します。

【振込口座】

金融機関名					本・支店名			預金 種別	口座番号							
銀行					本店											
信用金庫					支店											
信用組合					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)

※市記入欄

検収	上記について検査したところ相違ないことを確認しました。
	令和 年 月 日 職・氏名 印

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 氏 名				被保険者番号				意見書作成料						円
					生年月日	明大昭	年	月	日	診断・検査料					円
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	種別	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続				消費税						円
作成年月日	令和		年	月	日					計					円

被保険者	フリガナ 氏 名					被保険者番号					意見書作成料							円
						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					
作成年月日	令和 年 月 日									計							円	

被保険者	フリガナ 氏 名					被保険者番号					意見書作成料							円
						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					
作成年月日	令和 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	種別	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続				消費税							円
作成年月日	令和 年 月 日								計							円

被保険者	フリガナ 氏 名				被保険者番号				意見書作成料						円
					生年月日	明大昭	年	月	日	診断・検査料					円
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	種別	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続				消費税						円
作成年月日	令和		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
-----	--	--	--	--	--	---