

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

請求 医療機 関名	コード													
	名称													
	代表者													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、つき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

検査 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

介護保險 主治醫意見書作成料 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	<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				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	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	□男	□女	種別	□在宅	□施設	□新規	□継続		消費税					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	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

【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「請求明細書付箋」も作成してください。

合 計 円