

介護保険主治医意見書請求書

平成 年 月 日

遠軽町長 様

請求者	所在地	〒 -	振込先金融機関	名称	銀行・金庫			
	名称			支店	本店	支店・支所		
				種別	当座・普通			
	代表者名			フリガナ				
			口座名義					
								印

請求金額 金 円也 (平成 年 月分主治医意見書作成料等として)

請求内訳

区分	件数	単価	検査料等	小計	消費税 (8 %)	計
施設	新規	4,000 円	円	円	円	円
	更新	3,000 円	円	円	円	円
在宅	新規	5,000 円	円	円	円	円
	更新	4,000 円	円	円	円	円

主治医意見書作成被保険者 (請求区分は○を記入) ※5名を超える場合は別紙で作成してください。

No.	被保険者番号	氏名	請求区分			
			施設		在宅	
			新規	更新	新規	更新
1						
2						
3						
4						
5						
計						

意見書作成被保険者一覧

請求者名： (年 月 日請求分)

No.	被保険者番号	氏 名	請求区分			
			施設		在宅	
			新規	更新	新規	更新
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
小 計						
合 計						