

# 介護保険主治医意見書請求書

令和 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			印	フリガナ				
	口座名義								

請求金額 金 円也 (令和 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 (10%)	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						