

# 介護保険主治医意見書作成料請求書

請求日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

片 品 村 長 様

住 所

医療機関名

代表者名

⑩

電話番号

下記のとおり、令和 年 月分介護保険主治医意見書作成料を請求します。

請求金額	円
------	---

作成日	被保険者氏名	生年月日	区 分		金 額
月 日		年 月 日	施設・在宅	新規・継続	円
月 日		年 月 日	施設・在宅	新規・継続	円
月 日		年 月 日	施設・在宅	新規・継続	円
月 日		年 月 日	施設・在宅	新規・継続	円
月 日		年 月 日	施設・在宅	新規・継続	円
月 日		年 月 日	施設・在宅	新規・継続	円
月 日		年 月 日	施設・在宅	新規・継続	円

※区分の該当するところに○印をつけて下さい。

## 【費用】

在宅 … 新規 5,000円 継続 4,000円

施設 … 新規 4,000円 継続 3,000円

計	円
消費税（10%）	円
合 計	円

## ※口座振込先

金融機関名	
支店名	
種 別	普通 ・ 当座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義	