

介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

豊後大野市長 様

請求者

住所

氏名

連絡先

印

請求金額 金 円

(ただし 月作成分として)

内訳

区分		単価	件数	請求金額(円)
意見書料 主治医	新規	在宅	5,500 円	件 円
		施設	4,400 円	件 円
	継続	在宅	4,400 円	件 円
		施設	3,300 円	件 円
合計			件	円

※単価金額は消費税込みの金額です。

請求明細

被保険者番号	氏名	区分				請求額 (税込)	意見書記入日	備考
		新規	継続	在宅	施設			
1								
2								
3								
4								
5								
6								

振込先

金融機関		支店名
種別	口座番号	