

介護保険主治医意見書作成手数料請求書

令和 年 月 日

(あて先)玉村町長

医療機関名

所在地

代表者氏名

下記のとおり、_____月分介護保険主治医意見書作成手数料を請求します。

No.	被保険者番号 (介護保険被保険者証)	意見書作成日	被 保 険 者		区分番号	金 額
			住 所	氏 名		
1		月 日				円
2		月 日				円
3		月 日				円
4		月 日				円
5		月 日				円
6		月 日				円
7		月 日				円
8		月 日				円
9		月 日				円
10		月 日				円
11		月 日				円
12		月 日				円

区 分	金 額	区 分	金 額
1 在宅新規	5,000円	3 施設新規	4,000円
2 在宅継続	4,000円	4 施設継続	3,000円

小 計	円
消 費 税	円
合 計	円

[手数料振込先口座]

刀力子			
口座名義人			
金融機関名		支店名	
預金種別	普・当	口座番号	

なお、意見書作成手数料は、特に個人に支払う必要のあるものを除き原則として医療機関に支払うこととさせていただきます。