

介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

(保険者)

佐久市長

所在地

医療機関名

代表者名

以下のとおり 年 月分 主治医意見書作成料を請求します。

種 別		件 数	単 価	金 額
新規申請	在 宅	A 件	5,000円	円
	施 設	B 件	4,000円	円
継続申請	在 宅	C 件	4,000円	円
	施 設	D 件	3,000円	円
※件数内訳は別紙明細のとおり			合計金額	円
			消費税	円
			合計請求額	円

【振込先】

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号
		普通・当座	
フリガナ			
口座名義人			

介護保険 主治医意見書作成明細書

年 月分

(保険者名) 佐久市

医療機関名

	被保険者番号	氏名	生年月日	意見書提出日	新規申請		継続申請		意見書作成料	
					在宅	施設	在宅	施設		
1									円	
2									円	
3									円	
4									円	
5									円	
6									円	
7									円	
8									円	
9									円	
10									円	
11									円	
12									円	
13									円	
14									円	
15									円	
16									円	
17									円	
18									円	
19									円	
20									円	
21									円	
22									円	
23									円	
24									円	
25									円	
合計件数					A	B	C	D	円	
合計金額									円	
消費税									円	
合計請求額									円	

2枚以上になる場合は、最後のページに合計を記入してください。