

令和 年 月 日

請求日は空欄をお願いします

東大和市長 殿

住 所 ○○市○○町1-2-3

電話番号 123-456-7890

医療法人社団□□会 △△病院
請求者名 病院長 ○ ○ ○ ○

印

介護保険 主治医意見書作成料請求書

下記のとおり請求いたします。

朱肉のつく印鑑を押印してください

件×@5,500= 円
1 件×@4,400= 4,400 円
件×@3,300= 円

合計金額 ￥4,400

上記金額には消費税を含む。

合計金額を¥マークでしめてください

合計金額の訂正はできません

介護保険意見書作成内訳書 令和 年 月分 医療機関名

	氏 名	新・継	在・施		氏 名	新・継	在・施
1	○ ○ ○ ○	新・継	在・施	11		新・継	在・施
2		新・継	在・施	12		新・継	在・施