

令和 年 月 日

→ 請求日は空欄でお願いします

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

朱肉のつく印鑑を押印してください

下記のとおり請求いたします。

件×@5, 500= 円

1 件×@4, 400= **4,400** 円

件×@3, 300= 円

合計金額

¥ 4,400

→ 合計金額を¥マークでしめてください

上記金額には消費税を含む。

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