

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 042-×××-××××

請求者名 医療法人社団□□会 △△病院
院長 ○○○○

医療法人社
団□□会
△△病院
院長 ○○○○

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
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。

金額の訂正はできません。
新たに作成してください。

介護保険意見書作成内訳書 令和 ×年 ×月分 医療機関名 △△病院

	氏 名	新・継	在・施		氏 名	新・継	在・施
1	東大和 太郎	新	在	11		新	在
2		新	在	12		新	在
3		新	在	13		新	在
4		新	在	14		新	在
5		新	在	15		新	在
6		新	在	16		新	在
7		新	在	17		新	在
8		新	在	18		新	在
9		新	在	19		新	在
10		新	在	20		新	在

↑○で囲んでください。

※請求者名は、口座振替依頼書(初回のみ提出)の請求者名と同じものをお願いします。
[お支払いができない例]

- ・口座振替依頼書が理事長名で請求書が院長名
- ・口座振替依頼書は法人名のみで請求書には病院名も入っている。

※請求者印は朱肉のつく印をご使用ください。

※訂正する際は、二重線をひき、その上に請求者印を押してください。

※合計金額の訂正はできません。

作成料(消費税込み)

	在宅	施設
新規	5,500円	4,400円
継続	4,400円	3,300円

R元年10月1日申請分より
新消費税でのお支払いとなります