

介護保険主治医意見書作成料請求書

請求書No

令和 年 月 日

大槌町長 様

所在地

名称

代表者氏名

印

令和 年 月 の介護保険主治医意見書作成料を下記のとおり請求いたします

請求金額	円
------	---

内訳

別紙明細書中、番号1の対象者氏名を記入してください。	意見書作成料	診察・検査費用	合計
他 名分			

振込口座を記入してください。

金融機関名		金融機関番号	
フリガナ		支店番号	
支店名		預金種別	
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

※請求者と口座法人名が異なる場合は、以下の欄にも記入して下さい。

委任状

令和 年 月 日

大槌町長 様

(委任者) 住所
名称
役職及び氏名

印

私は介護保険主治医意見書作成料の受領を下記の者に委任します。

住所
名称
役職及び氏名

印

明 細 書

※診断区分及び診察検査内容については○で記入ください。

番号	意見書作成 医師名	対象者氏名	診断区分		診察検査内容	小計
			新・継	在・施	費用額	
1			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
2			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
3			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
4			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
5			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
6			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
7			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
8			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
9			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
10			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
11			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
12			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
13			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
14			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
15			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
16			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
17			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
18			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
19			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
20			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
21			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
22			新・継	在・施	1・2・3・4・5・6	円
					円	
合 計					円	円

(税抜)	新 規	継 続
在 宅	5,000円	4,000円
施 設	4,000円	3,000円

番号	診察検査内容
1	診察（初診料）
2	血圧検査等
3	胸部単純エックス線撮影
4	血液一般検査
5	血液化学検査
6	尿中一般物質定性・定量検査など