

# 介護保険主治医意見書作成手数料請求書

【請求者】

(あて先) 日野市長

所在地

医療機関名

代表者氏名

印

下記のとおり、介護保険主治医意見書作成手数料を請求します。

令和 年 月 日

| No.    | 被保険者番号 | 氏名 | 区分<br>番号 | 金額（税込額） |
|--------|--------|----|----------|---------|
| 1      |        |    |          | 円       |
| 2      |        |    |          | 円       |
| 3      |        |    |          | 円       |
| 4      |        |    |          | 円       |
| 5      |        |    |          | 円       |
| 合計請求金額 |        |    | ¥        | 円       |

※下記表を参考にして、区分番号の欄に数字を記入してください。

| 区分 | 在宅          | 施設          |
|----|-------------|-------------|
| 新規 | 1. 税込5,500円 | 3. 税込4,400円 |
| 継続 | 2. 税込4,400円 | 4. 税込3,300円 |

【手数料振込先口座】

|         |         |           |  |
|---------|---------|-----------|--|
| フリガナ    |         |           |  |
| 口座名義人   |         |           |  |
| 金融機関名   |         | 支店名       |  |
| 金融機関コード |         | 支店<br>コード |  |
| 預金種別    | 普通 ・ 当座 | 口座番号      |  |

令和 年 月 日 検収しました

介護保険課