

介護保険主治医意見書作成手数料請求書

【記入例】日野市に口座登録がある場合

※請求印や病院名等のゴム印を使用する場合は、鮮明に押印してください。

(あて先) 日野市長

【請求者】

代表者印もしくは代表者の
氏名印を押してください。

記載を訂正する場合は、二重線と請求印と
同じ訂正印を押してください。

(合計請求金額の訂正はできませんので、
改めて作成願います。)

所在地 日野市神明1
医療機関名 日野市役所病院
代表者氏名 院長 日野 太郎

印

登録番号

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

市で記入しますので、記入不要です。

請求担当者名

押印を省略する場合は、請求担当者名、請求書
発行責任者名、連絡先をご記入ください。

連絡先

請求書発行責任者名

連絡先

No.	被保険者番号	氏名	区分 番号	金額 (税込額)
1	999999	日野 花子	1	5500 円
2	9999999	日野 次郎	2	4400 円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
8				円
9				円
10				円
11				円
12				円
13				円
14				円
15				円
合計請求金額			¥	9900 円

左下の表を参考に、該当する区分の数字を
記入し、金額を記入してください。

※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

市で記入しますので、記入しないでください。

令和 年 月 日 検収しました

介護保険課