

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ない場合

※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

所在地 日野市神明1-12-1

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。

医療機関名 日野市役所病院

(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。)

代表者氏名 院長 日野 太郎

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。

代表者印もしくは代表者の氏名印を押してください。

令和 年 月 日

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				円
3				円
4				円
5				円
合計請求金額			¥	5500 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

【手数料振込先口座】

金融機関名	日野市役所銀行	支店名	介護保険支店
金融機関コード	9999	支店コード	999
預金種別	普通 当座	口座番号	999999
フリガナ	ヒノシヤクショビョウイン	インチョウ	ヒノ タロウ
口座名義人	日野市役所病院	院長	日野 太郎

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