

主治医意見書作成料請求書

越谷市長 宛

窓口：請求書の提出日 ○○年 ○月 ○日
 郵送：請求書の発送日

請求者の住所、法人名
 または医療機関名、
 代表者名(職名、氏名)
 電話番号

住 所 343-○○○○
 越谷市越ヶ谷○丁目○番○号

法 人 名 医療法人○○会 ○○○病院
 (団 体 名)

代 表 者 名 理事長 ○○ ○○
 (職名、氏名)

委任払いの場合、
 押印が必要です

電 話 番 号 048-○○○-○○○○

年 月分主治医意見書作成料について次のとおり請求します。

請求金額 5,500 円

金額は訂正不可
 ※訂正の場合は
 介護保険課に
 ご連絡ください。

1. 請求内訳 ○○○病院

内 訳	単 価	件 数	計
意見書作成料 (在宅・新規)	5,000 円	1 件	5,000 円
意見書作成料 (在宅・継続)	4,000 円	0 件	0 円
意見書作成料 (施設・新規)	4,000 円	0 件	0 円
意見書作成料 (施設・継続)	3,000 円	0 件	0 円
診断・検査費用		0 件	0 円
小計			5,000 円
消費税 (外税) 10%対象			500 円
請求合計金額			5,500 円

2. 請求明細 別紙のとおり

3. 振込先 この請求の代金の受領については、下記 (の者) に指定 (委任) します。

銀行名	
支店名	
預金種目	
口座番号	
口座名義 (加)	

振込先の銀行名、支店名、
 預金種目、口座番号、
 口座名義 (加) を確認

(委任払い) ※ 請求者以外の方が受領する場合は、記入してください。

受 任 者	住所	
	氏名 (名称)	
	職名・代表者	

請求者以外の方が受領する
 場合、受任者の住所、
 氏名 (名称)、職名・代表者

No	被保険者番号	意見書区分		意見書記入日	単価	消費税 (外税)
	被保険者氏名	在宅施設	新規継続			
1	1234567890 越谷 ○○	在宅	新規	令和 年 月 日	¥5,000	¥500
2				令和 年 月 日		
3				令和 年 月 日		
4				令和 年 月 日		
5				令和 年 月 日		
6				令和 年 月 日		
7				令和 年 月 日		
8				令和 年 月 日		
9				令和 年 月 日		
10				令和 年 月 日		
11				令和 年 月 日		
12				令和 年 月 日		
13				令和 年 月 日		
14				令和 年 月 日		
15				令和 年 月 日		
				合計	¥5,000	¥500

請求書の別紙となりますので、
本様式も併せてご提出ください。