

主治医意見書作成料請求書

保険者番号 ○○○○○○

東三河広域連合長

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

主治医意見書作成料請求明細書（別紙参照）
に記載されている保険者番号を記載し、保険
者番号ごと請求書を作成してください。

保険医療機関（老人保健施設）番号

○○○○○○○○○○

所在地及び名称 豊橋市八町通2-16

代表者氏名 東三河広域連合病院

院長 広域 太郎

押印は不要です

	件数	金額
請求	3件	13,200円

※ 以下は記入を要しません。

	件数	金額
返戻	件	円
増額	件	円
減額	件	円
請求誤差	件	円

※主治医意見書作成料請求明細書

切り取り線

主治医意見書作成料請求明細書

保健医療(施設)機関番号											
保健医療(施設)機関名		医療法人 ○○○○									
保険者名	東三河広域連合	保険者番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○									
被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
被保険者名		広域 花子									

作成依頼年月日	令和 元年 ○月 ○日	提出年月	令和	年	月
申請書の別	①. 在宅新規	2. 施設新規	意見書料金額 5 5 0 0 円		
	3. 在宅継続	4. 施設継続			