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。

　　　　年　　月　　日

保険医療機関（老人保健施設）番号

所在地及び名称

代表者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 件　　数 | 金　　　　　額 |
| 請　求 | 件 | 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 |