主治医意見書作成料請求書

保険者番号　〇〇〇〇〇〇
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
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

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　〇〇〇〇									
保険者名	東三河広域連合	保険者番号				〇	〇	〇	〇	〇	〇
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　〇月　〇日	提出年月	令和		年		月	
申請書の別	①. 在宅新規　2. 施設新規 3. 在宅継続　4. 施設継続	意見書料金額	5	5	0	0	円	