

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