

(様式 介主治医002号)

保険者自由欄

介護保険法による主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

保険者番号	2	8	2	1	5	2
-------	---	---	---	---	---	---

保険者名 三 木 市 様

表 別	
-----	--

医療機関コード番号							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

保険医療機関所在地

名 称

開 設 者 氏 名

印

電 話 番 号

下記のとおり請求いたします。

被保険者番号									
フリガナ 被保険者名									
生年月日	1:明 2:大 3:昭	年	月	日					
性 別	1:男 2:女								
意見書種別	1:在宅 2:施設	1:新規 2:継続							

請 求 年 月	年	月		
意見書作成依頼年月日	年	月	日	
請 求 金 額	意見書作成料	診察・検査費用	消費税	合 計
	円	円	円	円

- 注 1 フリガナは、省略してもかまわない。  
2 年月日欄の記入については、1ケタの場合でもスペースとせずすべて数字でうめること。  
(例 … 昭和3年7月8日の場合は、「030708」と記入する。)  
3 支払いは、国保連合会から保険医療機関の国保診療報酬支払口座へ支払いをします。  
4 金額に訂正がある場合は二重線のうえ訂正印お願い致します。

保険者自由欄