

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

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

保険医療機関所在地

名 称 (印)

氏 名

電 話 番 号

下記のとおり請求いたします。

作成年月日	対象者氏名	新・継	在・施	請求金額
. .		新・継	在・施	
. .		新・継	在・施	
. .		新・継	在・施	
. .		新・継	在・施	
. .		新・継	在・施	
合 計				

上記の金額は、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行 農協 信用金庫			本店 支店 出張所
金融機関コード		預金種別	1 普通	2 当座 4 貯蓄
店番号		口座番号		
口座名義	フリガナ			
	口座名義名			