

介護保険 主治医意見書 請求書 年 月分

請求金額	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	円也
------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----

ただし、介護保険主治医意見書料として

内 訳

被保険者番号	氏 名	生 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降
		明・大・昭 年 月 日	在宅・施設	初回・2回目以降

- ① 在宅(初 回) 5,000円 × 件 = 円
- ② 在宅(2回目以降) 4,000円 × 件 = 円
- ③ 施設(初 回) 4,000円 × 件 = 円
- ④ 施設(2回目以降) 3,000円 × 件 = 円

(① + ② + ③ + ④) × 1.08 (消費税) = 円

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

伊豆の国市長 様

住 所

医療機関名

代表者名

印