

介護保険 主治医意見書 請求書    年   月分

請求金額        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 ) × 1.1 (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