

様式 1

主治医意見書作成料請求書

No.

注意：意見書記載に必要な基本的な検査を行った場合は「様式2」を使用して下さい。

令和 年 月 日

一関地区広域行政組合管理者 殿

請求者（住所・氏名）

印

令和 年 月分として下記のとおり請求します。

No.	被保険者氏名	意見書作成料区分（数字に○をつけて下さい）				介護保険 被保険者番号
		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
1		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
2		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
3		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
4		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
5		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
6		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
7		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
8		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
9		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
10		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
11		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
12		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
13		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
14		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
15		1 在宅 新規	2 在宅 継続	3 施設 新規	4 施設 継続	
件数		件	件	件	件	
単価		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	
小計		a 円	b 円	c 円	d 円	

請求金額 (a+b+c+d) + 消費税 (10%)
円

振込先金融機関 銀行・信金 本支店
口座番号 普・当
フリガナ
口座名義

*請求用紙が複数枚になる場合、請求金額は最後の用紙に合算して記入して下さい。