

介護保険主治医意見書作成料請求書

年 月 日

矢吹町長 様

〒
住 所
医療機関名

代 表 者 名
電 話 番 号

金 円也

上記のとおり、介護保険主治医意見書作成料を請求いたします。
【内訳】

被保険者番号	被保険者名	作成日	金 額	備 考
消 費 税				
合 計				

	在宅	入所・入院
初回作成	5,500円	4,400円
2回目以降	4,400円	3,300円

(税込金額)

【振込先】
銀行名(支店名)
口座番号 当・普
名義

※「在宅」にはサービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームを含む
※「入所・入院」には介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院を含む