**介護保険主治医意見書作成料請求書**

合計　金　　　　　　　　　円也（　　月分意見書作成料として）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 単価(消費税込) | 件数 | 金額 | 備考（被保険者名） |
| 在宅 | 新規 | 5,500円 | 件 | 円 |  |
| 継続 | 4,400円 | 件 | 円 |  |
| 施設 | 新規 | 4,400円 | 件 | 円 |  |
| 継続 | 3,300円 | 件 | 円 |  |
| 合計 | | | 件 | 円 |  |

**※医師の医学的管理・健康管理下にある病院入院者、施設入所者以外は在宅扱いとなります。**

上記金額を主治医意見書作成料として請求します。

　　　年　　　月　　　日

国見町長　様

　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

**振込口座**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | 種別 | 口座番号 |
| 銀行  信用金庫  農協 | | 本店  支店 | 普通  当座 |  |
| 口座名義 | （ふりがな） | | | |
|  | | | |