

介護保険 主治医意見書作成料請求書

村上市長 宛

請求日 _____

請求医療機関	
所在地	
名称	
代表者職氏名	
発行責任者	(電話番号)
担当者	(電話番号)

	依頼区分		件数(件)		単価(円)		小計(円)
	請求 内容	在宅	新規				×
在宅		継続		×	4,000	=	
施設		新規		×	4,000	=	
施設		継続		×	3,000	=	
計							
消費税及び地方消費税の額					10%	=	

請求件数

令和	年	月分	件		請求金額合計	
----	---	----	---	--	--------	--

口座振替依頼書	
金融機関名	銀行・金庫・農協・漁協
金融機関コード	
支店名	支店・支所・営業部・出張所
店舗コード	
口座種別 (1:普通 2:当座)	※手書きの場合は「普通」または「当座」と記入
口座番号	
(口座名義カナ)	
口座の名義	

令和 年 月分請求 内訳書

No.	被保険者番号	意見書記入日	種別 (在宅/施設)	区分 (新規/継続)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				