

高 原 町

介護保険 主治医意見書作成料請求書

年 月分の 介護保険主治医意見書作成料 を下記のとおり請求します。

請求額	¥	円
-----	---	---

請求者(振込口座指定)		
医療機関番号	金融機関名	
住所	銀行	支店
	口座番号	
	種 別	普通・当座
名称及び代表者名(フリガナ)	口座名義人(フリガナ)	
電話番号	⑩	

※ 請求額を訂正した場合は、この請求書は無効となりますのでご注意ください。

年 月 日

高原町長 殿

内 訳 ①

(円)

NO	被保険者氏名	意見書料	診断・検査料	消費税	合計
1					
2					
3					
4					
5					
合 計					

※ 本欄に書ききれないときは、別紙を追加してください。