　　　　年　　月　　日

いすみ市長　太　田　 洋　　様

所　在　地

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険主治医意見書作成料請求書

下記のとおり、 　　年　　月分の主治医意見書作成料を請求いたします。

記

請求額　　金　　　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 意見書料 | 円 |
| 診断・検査費用 | 円 |
| 消費税 | 円 |
| 合計 | 円 |

（内訳は別紙明細書のとおり）

【振込先口座】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫・組合　　　　　　　支店・支所 | | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通・当座・その他（　　 ） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |
| ※請求者名義の口座でない場合は、下記の委任状にご記入ください。 | | | | | | | | | |

委　　　任　　　状

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　 ㊞

私は、下記の者を代理人とし、主治医意見書作成料の受領に関する一切の権限を委任します。

受領者（口座名義人）

介護保険主治医意見書作成料請求明細書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 種別(該当するものに○) | | | | 金額(円)  （税抜き） |
| 在宅 | 施設 | 新規 | 継続 |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
|  |  | 男・女 | M・T・S  /　　/ |  |  |  |  |  |
| 合　　　　　　　計 | | | | | | 円 | | |

* 主治医がなく主訴もない者が要介護認定申請を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査についての請求は、診断・検査費用の点数等のわかるものを添付してください。