

障 医師意見書作成料請求（総括）書

市町村番号	2	3	×	×	×	×
市町村名	○ ○ 市					

下記のとおり請求する。

① 令和○年○月○日

保険医療機関番号

② 2 3 × × × × × × × ×

保険医療機関の所在地及び名称

愛知県○○市○○番地

○○医院

開設者氏名

○○ ○○

	件 数	金 額
請 求	③ 1 件	④ 5, 5 0 0 円

以下は、記入を要しません。

	件 数	金 額
返 戻	件	円
増 額	件	円
減 額	件	円
請 求 誤 差	件	円