

障 医師意見書作成料請求明細書【記載例】 ←

保険医療（施設）機関番号 ←		23xxxxxxx ←	
保険医療（施設）機関名 ←		●●医院 ←	
市町村名 ←	〇〇市 ←	市町村番号 ←	23xxx ←
請求番号 ←		xxxxxxxxxxx ←	
申請者名 ←		●● 〇〇 ←	
作成依頼年月日 ←	令和×年×月×日 ←	提出年月 ←	令和×年×月 ←
申請書の別 ←	1 在宅新規 2 施設新規 ←	意見書料金額 ←	
	3 在宅継続 4 施設継続 ←	5,500 円 ←	

←