

障 医師意見書作成料請求書

市町村番号	2	3	x	x	x	x
市町村名	〇〇市様					

下記のとおり請求する。  
令和×年×月×日

保険医療機関（老人保健施設）番号  
23xxxxxxx

保険医療機関（老人保健施設）の所在地及び名称  
愛知県〇〇市〇〇〇番××号  
●●医院  
開設者氏名 〇〇 〇〇

	件数	金額
請求	1件	5,500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