

主治医意見書作成料請求書【記載例】

保険者番号	2	3	X	X	X	X
保険者名	〇〇市					

下記のとおり請求する。

令和X年X月X日

保険医療機関（老人保健施設）番号

2 3 X X X X X X X X

保険医療機関（老人保健施設）の所在地及び名称

愛知県○○○○○○○○番○号

○○○○○医院

開設者氏名 ○○ ○○○ 印

	件 数	金 額
請 求	1 件	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