

介護保険 主治医意見書作成料請求書

請求番号 _____

令和 年 月 日

錦江町長 殿

請求者の住所及び名称

〒

住 所 _____

名 称 _____ 印

依頼を受けた主治医意見書作成について下記のとおり請求します。

在 宅	新規申請者	① 5,500円×	件						円
	診断命令の者	② 診断、検査料	件						円
	継続申請書	③ 4,400円×	件						円
施 設	新規申請者	④ 4,400円×	件						円
	継続申請者	⑤ 3,300円×	件						円
請 求 額	意見書作成料合計 (①+②+③+④+⑤)								円

※ 単価は消費税込みの金額です。

※ 作成の明細については別紙（又は裏面）

※ 診断命令の者とは、主治医もなく主訴もない者が要介護認定申請を行うことにより、主治医意見書作成のために保険者から診断命令を受けた者のこと。

振 込 先

金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農協	本店 支店 支所
口 座	普 通 当	
口 座 番 号		
(フリガナ) 口座名義人		

