

介護保険「主治医意見書作成料」請求書

一金																		円也
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

ただし、令和 年 月分主治医意見書作成料として

上記のとおり請求いたします。

〔請求の内訳〕

区 分			単 価	件 数				請 求 額									
意見書料	新規	在 宅	5, 000円				件										円
		施 設	4, 000円				件										円
	継続	在 宅	4, 000円				件										円
		施 設	3, 000円				件										円
診断 ・ 検査費用			—				件										円
消 費 税			—	—													円
合 計			—				件										円

詳細は、別紙「介護保険主治医意見書作成料請求明細書」のとおり
(裏面の留意事項も参照ください。)

令和 年 月 日

請 医 療 機 求 関	名 称 (代表者名)	印															
	住 所	〒	TEL														

日置市長 様

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合	支店 代理店 出張所
	(フリガナ)		
	口座名義人		
	口座番号	(普通 ・ 当座)	

(請求書作成担当者名一)

【主治医意見書に関する留意事項】

- 1 主治医意見書の様式は、介護保険主治医意見書作成ソフト等使用の様式でも構いません。
- 2 主治医意見書 1 枚目、医師名欄は、必ず自署してください。
- 3 介護保険「主治医意見書作成料」請求書は、一月分をまとめて記載し、被保険者ごとに、記載した明細書を添付して提出してください。
- 4 介護保険「主治医意見書作成料」請求書は、必ず請求印を押印し、振込先を記載してください。（支払は、振込となります。）
- 5 首標金額（請求金額）は、訂正できませんので、御注意ください。（誤った場合、再度作成願います。）
- 6 毎月 5 日までの到着分の請求書について、月末に振り込みます。5 日までに到着しない請求書については、翌月払いとさせていただきます。
- 7 日置市介護保険課行き返信用封筒は、料金受取人払いですので、切手貼付は、必要ありません。
- 8 直接持参する場合、必ず封をしてください。

問い合わせ先

日置市介護保険課 認定審査係

電話 099-272-0505

FAX 099-273-3063