**主 治 医 意 見 書 作 成 料 請 求 書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | ２ | ３ | １ | ０ | ０ | １ |
| 保険者名 | 名古屋市様 |

下記のとおり請求します。

　　　　年　　月　　日

保険医療機関（老人保健施設）番号

保険医療機関（老人保健施設）の所在地及び名称

開設者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 件 　　　　数 | 金　　　　　額 |
| 請求 | 件 | 円 |

* この請求書には、必ず主治医意見書作成料請求明細書を添付してください。
* 請求欄の件数は、明細書の枚数と同一になります。

また金額は、消費税込みの金額でご記入ください。

（なお、請求明細書に記載してある金額は消費税込みの金額です。）

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 |