主　治　医　意　見　書　作　成　料　請　求　書

# 名　古　屋　市　長　様

(請求日） 令和 年 月 日

（請求者）

法人名

医療機関名

住所 **〒** ー

# 代表者　職・氏名



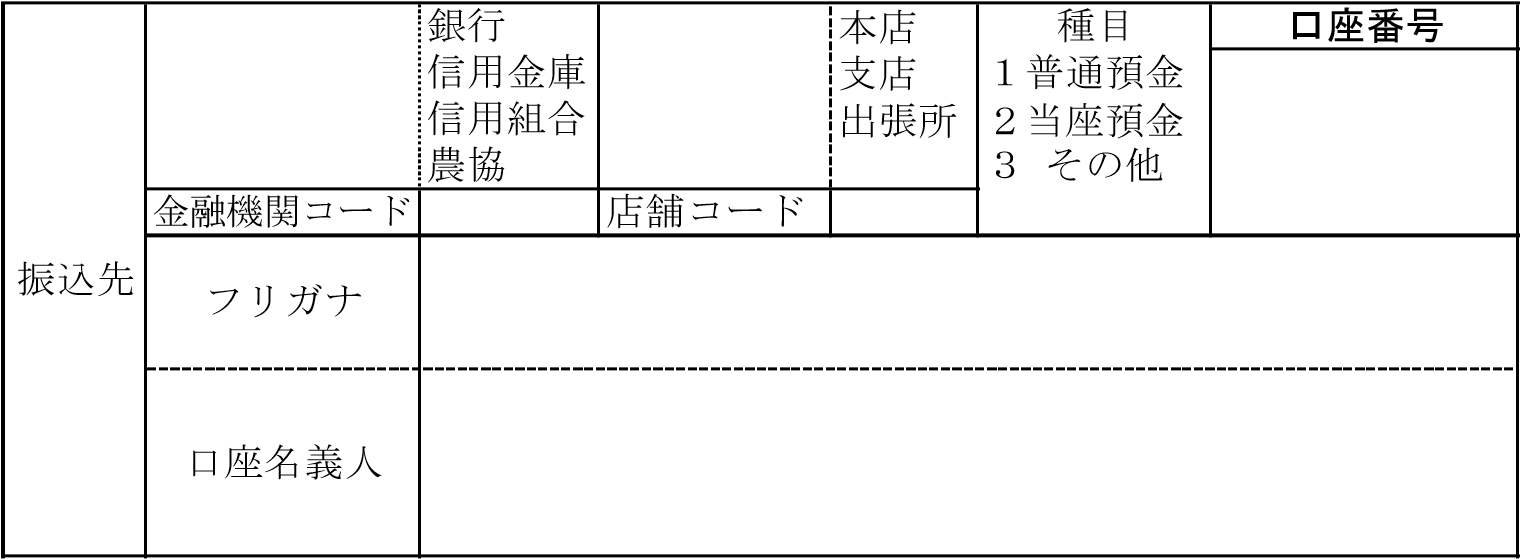
☎ ー ー

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請　求　金　額 |  | 在宅・新規 | 円 |
|  | 在宅・継続 |
|  | 施設・新規 |
|  | 施設・継続 |

(税込)

請　求　内　訳

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 意見書作成依頼年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 主治医氏名 |  |

　※別添の「主治医意見書作成料の記載について」を参考にご記入いただき、

同封の返信用封筒にて、意見書とあわせてご返送ください。