

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