介護保険　主治医意見書作成料請求書

請求日　　令和　　年　　月　　日

三田市長　あて

下記金額を請求します。

債権者番号（※市記入）		－										－		

所 在 地

事業者名

代 表 者　　印

登録番号

振込先　　（　　支店）

普通・当座・別段　　口座番号

口座名義人

※未登録の債権者は必ずご記入ください。

1	意見書作成日	令和　　年　　月　　日										4	意見書作成日	令和　　年　　月　　日							
	意見書作成区分	□在宅　□施設				□新規　□継続							意見書作成区分	□在宅　□施設				□新規　□継続			
	被保険者番号												被保険者番号								
	被保険者氏名												被保険者氏名								
	単価（税抜）	円											単価（税抜）	円							
2	意見書作成日	令和　　年　　月　　日										5	意見書作成日	令和　　年　　月　　日							
	意見書作成区分	□在宅　□施設				□新規　□継続							意見書作成区分	□在宅　□施設				□新規　□継続			
	被保険者番号												被保険者番号								
	被保険者氏名												被保険者氏名								
	単価（税抜）	円											単価（税抜）	円							
3	意見書作成日	令和　　年　　月　　日										6	意見書作成日	令和　　年　　月　　日							
	意見書作成区分	□在宅　□施設				□新規　□継続							意見書作成区分	□在宅　□施設				□新規　□継続			
	被保険者番号												被保険者番号								
	被保険者氏名												被保険者氏名								
	単価（税抜）	円											単価（税抜）	円							

※上記1～6欄において、記入内容を訂正する場合は、当該箇所に必ず訂正印（代表者印と同一のもの）を押捺願います。

請求額				
	作成料合計（10%課税対象）		円	（1）
	消費税（10%）		円	（2）
	合　計		円	（1）＋（2）

※請求額欄の訂正は認められません。（記入誤りの場合は再作成願います。）

・施設とは、介護保険施設、社会福祉施設、高齢者用施設及び医療施設であって、入院・入所機能を有する施設において、当該施設の入所者等の健康管理等を業務とする医師が作成するものをいいます。

○主治医意見書作成料の金額（税別）

作成区分	在宅	施設
新規	5,000円	4,000円
継続	4,000円	3,000円

市検収日	令和　　年　　月　　日	印	