

介護保険 主治医意見書作成料請求書 (甲)

美幌町長
(保健福祉課高齢介護グループ)

令和	年	月分
保険者番号	015438	

医療機関名称	名称	印
	所在地	〒 _____
	振込先	電話番号 FAX番号
		金融機関名 口座番号 口座名義 (事業所名称と異なる場合)

被保険者証番号		種別	意見料	診断検査費用	消費税	合計
1	(フリガナ)	1 在宅	円	円	円	円
	氏名	2 施設				
2	(フリガナ)	1 新規				
	氏名	2 継続				
3	(フリガナ)	1 在宅				
	氏名	2 施設				
4	(フリガナ)	1 新規				
	氏名	2 継続				
5	(フリガナ)	1 在宅				
	氏名	2 施設				
6	(フリガナ)	1 新規				
	氏名	2 継続				
在宅新規		5,000 円 × 名				
在宅継続		4,000 円 × 名				
施設新規		4,000 円 × 名				
施設継続		3,000 円 × 名				
合計						

医療機関 各位

「介護保険主治医意見書」作成料の請求について

このことについて、次の下記によりご請求をお願いいたします。

記

1. 作成料

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

※継続申請者とは、同一事業所で2回目以降の調査対象者をいう。

※消費税は、外税扱い。

2. 請求方法

当該月分（月末締め）を翌月5日まで別紙によりご請求してください。

月末に指定口座へお支払いします。

3. 問い合わせ先及び返送先

〒092-8650

網走郡美幌町字東2条北2丁目25番地

美幌町福祉部保健福祉課高齢介護グループ

TEL 0152-77-6542