

記載例

押印（開設者印、訂正印）不要、請求額訂正不可

介護保険主治医意見書作成料請求書

福岡市長様

下記のとおり請求します。支払金については、指定口座に振込を依頼します。

被保険者番号		県番号 2桁 例) 福岡県→40		事業所番号		令和 年 月分	
被 保 険 者	(フリガナ)	病院・診療所・クリニック等 → 1 老人保健施設 → 5 特別養護老人ホーム → 7 地域密着 → 9 介護医療院 → B		事業所名称		保険者番号	
	氏 名			医療法人 福岡病院		4 0 1 3 0 7	
	生年月日			開設者氏名		4 0 1 5 5 5 5 5 5 5	
				福岡 太郎			
				請求医療機関		〒 898-1111	
				所在地		福岡市〇〇区〇〇1-1-1	
				医療機関コード 7桁			
作成依頼		令和 年 月 日		申請年月日		令和 年 月 日	
意見書作成日		令和 年 月 日		意見書送付日		令和 年 月 日	

※必ず意見書の記入日と同じ日付をご記入下さい。

※必ず意見書の記入日以降の日付をご記入下さい。

※印字機で記入しないでください。

意見書作成料	種別	① 在宅 2. 施設	① 新規 2. 継続	金額(税 抜)	5 0 0 0 円
--------	----	------------	------------	---------	-----------

◆請求額について、ご注意ください◆

※請求額欄の訂正は出来ません。

(二重線で訂正後、訂正印を押しても不可。再提出となります。)

【記入例】

在宅・新規

意見書料	5 0 0 0 円
診断・検査費用	円
消費税	5 0 0 円
合計	5 5 0 0 円

在宅・継続

意見書料	4 0 0 0 円
診断・検査費用	円
消費税	4 0 0 円
合計	4 4 0 0 円

施設・新規

意見書料	4 0 0 0 円
診断・検査費用	円
消費税	4 0 0 円
合計	4 4 0 0 円

施設・継続

意見書料	3 0 0 0 円
診断・検査費用	円
消費税	3 0 0 円
合計	3 3 0 0 円

★訂正不可★

請求額	意見書料	5 0 0 0 円
	診断・検査費用	円
	消費税	5 0 0 円
	合計	5 5 0 0 円

※請求額の訂正は不可。

◆その他◆

- ・請求書の二重線で囲んだ部分を、すべてご記入ください。
- ・請求額以外で、文字や意見書作成料の金額(②)を間違えた場合は、二重線で訂正してください。(この場合の訂正印は不要です。)
- ・修正テープ、消せるペン、カッター・砂けし等は使用不可。