

介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

中津市長 あて

所在地

医療機関名

代表者氏名 印

医療機関コード

(必ず記入してください)

請求金額 金 円

内 訳 (請求明細は別途)

区 分			単 価 (消費税込み)	件 数	請 求 額(消費税込み)
主 治 医 意見書料	新 規	在宅	5,500 円	件	円
		施設	4,400 円	件	円
	継 続	在宅	4,400 円	件	円
		施設	3,300 円	件	円
合 計	件				円

振 込 先

金融機関 番号	金 融 機 関 名	支店番号	金 融 機 関 支 店 名
種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 (フリガナ)	
1. 普通 2. 当座			

※お願い：金融機関番号、支店番号も記入してください。

主治医意見書作成料請求明細：令和 年 月分 医療機関名：

	氏 名	生 年 月 日	区 分	在宅／施設	請 求 額(税込み)	介護保険被保険者番号
1		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
2		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
3		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
4		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
5		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
6		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
7		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
8		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
9		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
10		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
11		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
12		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
13		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
14		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
15		M T S	新・継	在 ・ 施	円	
合 計					円	

※ 本請求書は毎月10日までに前月分の集計を中津市役所 介護長寿課まで提出してください

※ 次回からの請求用に主治医意見書作成料請求書および請求明細の用紙のコピーを保管してください。

介護保険 主治医意見書作成料請求書

医療機関名および代表者名を記入し
代表者（個人）印を押印してください
※法人の場合は代表者印を押印して下さい

中津市長 あて

請求者住所

請求者名称

医療機関コード 例：4470300001
(必ず記入してください)

印

請求金額 金 13,200 円

一致する

内 訳（請求明細は別途）

区 分			単 価（消費税込み）	件 数	請 求 額（消費税込み）
主 治 医 意見書料	新 規	在宅	5,500 円	1 件	5,500 円
		施設	4,400 円	1 件	4,400 円
	継 続	在宅	4,400 円	0 件	円
		施設	3,300 円	1 件	3,300 円
合 計				3 件	13,200 円

金額の訂正は
受付できません

振 込 先

金融機関 番号	金 融 機 関 名	支店番号	金 融 機 関 支 店 名
0000	中津信用銀行 金庫	000	中津市役所支店
種 別	口 座 番 号	口 座 名 義（フリガナ）	
① 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	ナカ ツ 中 津	マル マル 〇 〇

訂正する際は修正テープ等を使わず、二重線と
代表者印または捨て印と同じ印鑑を押印してください

フリガナは、必ず記載してください
請求者名義と同じ名義であること