

主治医意見書料請求書

高知県国民健康保険団体連合会

令和 年 月 日

令和		年		月		請求分
----	--	---	--	---	--	-----

主治医意見書料を下記のとおり請求します。

記

請求合計額 (消費税含む)										円
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

事業所番号	3	9									
事業所名 (医療機関名) 及び所在地											印
連絡先電話番号											

請求内訳

保険者名 保険者番号	被保険者氏名 被保険者番号	依頼年月日				作成年月日				送付年月日				請求区分 (○で囲む)	請求額 (円)	消費税 (円)	診断・検査費用 (円)	備考	
		元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日						
														1在宅	1新規				
														2施設	2継続				
														1在宅	1新規				
														2施設	2継続				
														1在宅	1新規				
														2施設	2継続				
														1在宅	1新規				
														2施設	2継続				
														1在宅	1新規				
														2施設	2継続				
														1在宅	1新規				
														2施設	2継続				
														1在宅	1新規				
														2施設	2継続				