

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					
		令和				令和				令和				1在宅 1新規				
		令和				令和				令和				2施設 2継続				
		令和				令和				令和				1在宅 1新規				
		令和				令和				令和				2施設 2継続				
		令和				令和				令和				1在宅 1新規				
		令和				令和				令和				2施設 2継続				
		令和				令和				令和				1在宅 1新規				
		令和				令和				令和				2施設 2継続				
		令和				令和				令和				1在宅 1新規				
		令和				令和				令和				2施設 2継続				
		令和				令和				令和				1在宅 1新規				
		令和				令和				令和				2施設 2継続				