

主治医意見書作成料請求書

保険者番号	2	3	2	0	3	3
保険者名	一宮市長					

下記のとおり請求する。

年 月 日

保険医療機関(老人保健施設)番号

保険医療機関(老人保健施設)の所在地及び名称

開設者氏名

	件 数	金 額
請求	件	円

以下は記入を要しません

	件 数	金 額
返戻	件	円
増額	件	円
減額	件	円
請求誤差	件	円