

主治医意見書作成料請求書(愛知県外用)

(あて先) ー 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
請求者

開設者氏名

	件 数	金 額
請求	件	円

銀行名		フリガナ 口座名義	
支店名	本店 支店	口座番号	普通 当座