

(愛知県内用)

主治医意見書作成料請求(総括)書

(あて先) 一宮市長

下記のとおり請求する。

令和 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  |