

主治医意見書作成手数料請求書

記入例

(あて先) 高崎市長

金 額		億	千	百	十	万	千	百	十	円
						¥	4	4	0	0

上記金額の支払いを請求します。

金額の訂正は無効です。

〒 370-0000

住 所

高崎市〇〇町〇〇-〇

フリガナ
法人名
(医療機関名)

イリョウハウジン 〇〇カイ 〇〇ビョウイン
医療法人 〇〇会 〇〇病院

代表者名

理事長 〇〇 〇〇

代表者
印

電話番号

020-0000-0000

振 込 み 先

金融機関名

高崎銀行

支店名

高崎

支店

種 別

普通

当座

番 号

0123456

口座名義
(カタカナで)

イリョウハウジン 〇〇カイ

代表者印は必ず押印ください。

内 訳

請求日は記入しなくても結構です。

請求日 令和 年 月 日

NO	氏 名	生年月日	住 所	新規・継続	在宅・施設	金 額	作成年月日
1	高崎 太郎	3・4・5	高崎市〇〇町〇〇-〇	新・継	在・施	4,400	3・2・1
2				新・継	在・施		
3	※注意事項 ①主標金額（合計）欄の頭には、¥を記入してください。（金額の訂正は無効です。） ②住所、フリガナ、法人名（医療機関名）、電話番号、振込み先を記入してください。 ③代表者名を記入し、代表者印を押印してください。 ④請求者と振込み先の口座名義を一致させてください。 （異なる場合には委任状が必要となります。）						
4							
5							
6							
7							
8				新・継	在・施		
9				新・継	在・施		
10				新・継	在・施		
合 計						4,400	

新規/在宅	新規/施設	継続/在宅	継続/施設
5,500円	4,400円	4,400円	3,300円

※消費税(10%)込みの金額です。

検収