

主治医意見書作成料請求（総括）書

知多北部広域連合 様

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