

主治医意見書作成料請求書

保険者番号	2	3	9	1	7	8
保険者名	知多北部広域連合 様					

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