

## 主治医意見書作成料請求（明細）書

被 保 険 者 名	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男							
年 月 日	年 月 日	2. 女									

請 求 医 療 機 関	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒									
	電話番号										

作成依頼日	年 月 日	依頼番号				保 険 者 確 認
意見書作成日	年 月 日	意見書送付日	年 月 日			

意見書作成料	種別	1. 在宅 ・ 2. 施設	1. 新規 ・ 2. 継続	金額		円
--------	----	---------------	---------------	----	--	---

診 察 ・ 検 査 費 用	内 訳	点 数	摘 要		
		初 診			
	検 査	胸部単純×線撮影			
		血液一般検査			
		血液化学検査			
		尿中一般物質定性半定量検査			
		合 計		点数合計 × 10 円	円

請 求 額	意見書作成料		円
	診察・検査費用		円
	消費税		円
	合 計		円

支払決定額		円
-------	--	---

の欄には記入しないでください。