

主治医意見書作成料請求書

保険者番号	2	3	2	3	5	5
保 険 者 名	弥 富 市 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