

# 主治医意見書作成料請求書

海部南部広域事務組合管理者 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

印

	件 数	金 額
請 求	件	円

銀行名		フがナ 口座名義	
支店名	本・支店	口座番号	普通 当座