

主治医意見書作成料請求書

保険者番号	2	3	2	1	5	7
保険者名	犬山市長					

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