

# 例

都城市

## 介護保険

### 主治医意見書作成手数料

太枠部分については訂正できません。  
間違えた場合は、新しい請求書様式  
で、再度作成してください。

	作成手数料単価	件数	計（作成手数料×件数）
新規申請者 在宅	5, 500円	1	5,500 (1)
新規申請者 施設	4, 400円	1	4,400 (2)
継続申請者 在宅	4, 400円	1	4,400 (3)
継続申請者 施設	3, 300円	1	3,300 (4)
請求金額	(1) + (2) + (3) + (4)		17,600

※ 意見書記入日の月を記入してください。

作成手数料単価は消費税を含む

○○年 ○月分の主治医意見書作成手数料を上記のと  
おり請求します。

年 月 日

※ この日付の欄は空白の  
ままで提出をお願いします。

都城市長 あて

※ 医療機関名の記入については、  
「法人名」と「医療機関名」の  
両方を記入してください。

所 在 地 ○○市○○町○○番地○○

医療機関名 医療法人○○会 ○○病院



理事長請求の場合は理事長、  
院長請求の場合は院長と記入  
してください。裏面をご覧ください。

代表者名 理事長 ○○ ○○

印

押印は鮮明にお願いします。  
※ 裏面参照 ※

金融機関名	銀行						支店・出張所		
口座番号							種別	普通	当座
口座名義人									

※記入事項を訂正される場合、同じ印鑑での訂正印を押印してください。

## 正しい押印と記入

	印鑑	記入例
医療法人 理事長請求		〒〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 宮崎県都城市〇〇町△一△ 医療法人 〇〇会 〇〇〇病院 理事長 都 太郎
医療法人 理事長請求		〒〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 宮崎県都城市〇〇町△一△ 医療法人 〇〇会 〇〇〇病院 理事長 都城 太郎
個人病院 院長請求		〒〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 宮崎県都城市〇〇町△一△ 〇〇〇クリニック 院長 城 太郎

※ シャチハタ不可。

※ 上記以外の場合や不明な点があればお問い合わせください。

### 問い合わせ先

都城市介護保険課 認定担当(主治医意見書担当)

0986-23-3191