

医療機関住所と請求者氏名の欄です。

『主治医意見書作成料支払い口座届出票』にて提出いただいている内容の記入をお願いします。

- ①「医療機関等所在地」→住所欄へ記入してください
- ②「医療機関等名称」→氏名欄へ記入してください
- ③「請求者」→氏名欄へ記入してください

印については、請求者認印か、請求者肩書きの記載がある印をご使用ください。法人、病院印は認められませんのでご注意ください。

書

記入日等、日付は記入しないでください。

住所

① 松山市二番町四丁目7番地2

② 医療法人愛媛会 松山△△病院

名 ③ 病院長 松山 二郎 印

金額を次の私の預金口座にお振り込み下さい。

●● 銀行 ●● 本店 支店

口座名義人名 (カナ) イヨウホウジンエヒカイ リンチャウ エヒメイロウ
 (漢字) 医療法人愛媛会 理事長 愛媛 一郎

下記の金額請求いたします。

口座 普通預金・当座預金 口座番号 1234567

金額	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円	内訳下記のとおり
				¥	○	○	○	○	○	

令和 ●● 年 ●● 月分 介護保険主治医意見書作成料

原則、お送りしている「主治医意見書作成料請求対象実績一覧」単位での金額をご記入ください。

例) 「主治医意見書作成料請求対象実績一覧」の右肩の日付が「令和元年8月1日」の場合、ここにご記入いただくのは、『令和元年7月分 介護保険主治医意見書作成料』となります。