

記入例

※介護保険主治医意見書作成料請求書と合わせて提出してください。

内 訳 書 (明細書)

医療機関名		医療法人 小平会 小平病院		
1	被保険者番号	1300123456	区分	在宅 (<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
	氏名	小平 太郎		施設 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
2	被保険者番号	1300234567	区分	在宅 (<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続)
	氏名	小平 花子		施設 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
3	被保険者番号	1300345678	区分	在宅 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
	氏名	中島 太郎		施設 (<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
4	被保険者番号	1300456789	区分	在宅 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
	氏名	栄 花子		施設 (<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続)
5	被保険者番号	1300567891	区分	在宅 (<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
	氏名	小川 太郎		施設 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
6	被保険者番号	1300678912	区分	在宅 (<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続)
	氏名	大沼 花子		施設 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
7	被保険者番号	1300789123	区分	在宅 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
	氏名	鈴木 太郎		施設 (<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
8	被保険者番号	1300891234	区分	在宅 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)
	氏名	喜平 花子		施設 (<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続)

※過去に振込経歴がない方、また変更がある方のみご記入ください。

支 払 金 口 座 振 替 依 頼 書 (新規・変更)

小平市長殿 令和 4 年 10 月 1 日
 小平市介護保険主治医意見書作成料の支払いについては、下記に指定する口座に振込を依頼します。

医療機関名	医療法人 小平会 小平病院	代表者職・氏名	理事長 小平 ぶるべ
所在地	〒 187 - 8701 東京都小平市小川町 2 - 1 3 3 3 TEL 042 - 341 - 1211		

金融機関	金融機関名				支店名				印	
	金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	5	6		7
預金種目・口座番号	1 普通 2 当座 3 その他()	1	2	3	4	4	5	6	7	↑ 請求書に使用する印鑑を 押印してください
口座名義(カナ)	イ) コダイラカイ リジチヨウ コダイラブルベ									

受付
印