

# 請求書

佐世保市長 様

令和〇〇年 〇月〇〇日

請求者

住所 佐世保市高砂町5番1号  
 佐世保市中央保健福祉センター3階  
 (フリガナ) イリヨウホウジンサセボチョウジュカイ  
 法人名 医療法人 させぼ長寿会  
 チョウジュタロウクリニック  
 医療機関名 長寿太郎クリニック  
 リジョウ チョウジュタロウ  
 代表者肩書・氏名 理事長 長寿 太郎

医 療 法 人  
 さ せ ぼ 長 寿 会  
 之 印

長寿

下記の金額を請求します。

1 件名 主治医意見書作成手数料 〇〇 件

押印の際、二重、  
 ブレ、カスレ等ない  
 かご確認ください。

2 請求金額

金額は右詰めで記入。  
 訂正はできません。

金額欄: ¥〇〇〇〇〇〇 円  
 (頭書に「¥」又は「一、金」を冠してください。)

※保険者確認・市役所記入欄		
新規在宅	5,500 ×	件
新規施設	4,400 ×	件
継続在宅	4,400 ×	件
継続施設	3,300 ×	件
検査料		円

3 支払方法

窓口払い ・  口座振替

(通帳記帳時の請求NO: )

こちらに件数の記入は  
 しないでください。

4 口座振替の場合の振替先指定

必ずどちらかに丸をつけてください。  
 ※新規・変更の場合は必ず(2)にご記入ください。

(1) 登録している通り

(2) 新規、変更、又は複数登録の場合は、下欄に振替先を記入して下さい。(登録済の場合は記入不要)  
 ※なお、円滑に支払いを行うためにコンピュータに登録して  
 処理いたしますのでご了承下さい。

銀行	口座番号
本・支店 出張所	
口座種別	口座名義(カタカナで記載してください。)
普通 当座 貯蓄 ( )	

記入例

黒の太枠内は必ずご記入下さい!

請求者名 医療法人 させぼ長寿会 長寿太郎クリニック 理事長 長寿 太郎 TEL 0956-24-1111	保険者確認欄
---	--------

No.	被保険者番号 フリガナ 被保険者氏名										性別	生年月日		請求区分 (○で囲む)	請求額			備考	保険者 記入欄														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		意見書記入日	1		2	意見書(円)	消費税(円)			合計(円)													
1	サセボ ハナコ										男・女	明治 大正 昭和	1	5	0	1	0	1	1在宅	1新規	4	0	0	0	4	0	0	4	4	0	0	長寿太郎クリニック H31.2.1~3.25 外来なし	
	佐世保 花子											平成 令和	3	1	0	4	0	1	2施設	2更新													
2											男・女	明治 大正 昭和							1在宅	1新規													
												平成 令和							2施設	2更新													
3	サセボ タロウ										男・女	明治 大正 昭和	1	0	0	2	0	2	1在宅	1新規	4	0	0	0	4	0	0	4	4	0	0	H31.2.1~	
	佐世保 太郎											平成 令和	3	1	0	4	0	1	2施設	2更新													
4											男・女	明治 大正 昭和							1在宅	1新規													
												平成 令和							2施設	2更新													
5											男・女	明治 大正 昭和							1在宅	1新規													
												平成 令和							2施設	2更新													
6											男・女	明治 大正 昭和							1在宅	1新規													
												平成 令和							2施設	2更新													
7											男・女	明治 大正 昭和							1在宅	1新規													
												平成 令和							2施設	2更新													
8											男・女	明治 大正 昭和							1在宅	1新規													
												平成 令和							2施設	2更新													
9											男・女	明治 大正 昭和							1在宅	1新規													
												平成 令和							2施設	2更新													
10											男・女	明治 大正 昭和							1在宅	1新規													
												平成 令和							2施設	2更新													
											小計	2	件	小計	8	8	0	0	円														

◆退院(退所)後に意見書を記入した場合◆  
 貴医療機関への入院期間、または、施設名と入所期間を記入。  
 ↓  
 退院(退所)後の外来の有無を記入。 ※在宅の場合は空欄。

◆入院(入所)期間中に意見書を記入した場合◆  
 貴医療機関への入院期間、または、施設名と  
 入所期間のみ記入。

< 記入例 >

(様式4)

主治医の意見書作成料登録口座連絡票

令和 〇〇年 〇月 〇〇日

佐世保市長様

請求者

郵便番号

8 5 7 0 0 4 2

請求書(様式1)の請求者と同一です。

住所

佐世保市高砂町5番1号  
佐世保中央保健福祉センター3階

(フリガナ)  
法人名

イリヨウホウジン サセボチヨウジユカイ  
医療法人 させぼ長寿会  
チヨウジユタロウクリニック

医療機関名

長寿太郎クリニック  
リジチヨウ チヨウジユタロウ

代表者肩書・氏名

理事長 長寿 太郎

電話番号

0956-24-1111

会 医  
之 せ 療  
印 ぼ 法  
長 人  
寿

長寿

押印の際、二重、  
ブレ、カスレ等ない  
かご確認ください。

口座振替の場合の振替先指定

銀行名

コード

〇〇

支店名

コード

××

預金種別 (預金種別は番号で記入して下さい。)

1

- 1 : 普通 2 : 当座  
3 : 貯蓄 4 : その他

口座番号

1 2 3 4 5 6 7

口座名義人(カナ) ※枠が足りない場合 枠外の記入は可能です。

イ リ ヨ ウ ホ ウ ジ ン サ セ ボ チ ヨ ウ ジ ュ カ イ カ

チ ヨ ウ カ イ ゴ ハ ナ コ

※ 請求者と口座名義が違う場合は、委任状が必要です。

<記入例>

委 任 状

令和〇〇年〇〇月〇〇日

佐世保市長 様

(委任者)

住 所 佐世保市高砂町5番1号  
佐世保市中央保健福祉センター3階

法人名 医療法人 させぼ長寿会  
医療機関名 長寿太郎クリニック

代表者肩書・氏名 理事長 長寿 太郎

長寿

医療法人  
させぼ長寿  
会之印

主治医意見書作成料の請求・**受領**を下記の者に委任いたします。

(受任者)

住 所 佐世保市八幡町1番10号

法人名 医療法人 させぼ長寿会  
医療機関名 長寿太郎クリニック

代表者肩書・氏名 課長 介護 花子

介護

医療法人  
させぼ長寿  
会之印

ご不明な点等ございましたら、お問い合わせください。