

年 月 日

住所

※押印を省略する場合は下欄を記載してください。
※連絡先へお電話し、確認する場合があります。

インボイス発行事業者登録番号	T
----------------	---

1	件 名	主治医意見書作成手数料	件
---	-----	-------------	---

[illegible]

(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

窓口払い ・ (口座振替)

(通帳記帳時の請求NO:)

4 口座振替の場合の振替先指定

(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 ()	