

# 記入例

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

十和田市長 小山田 久 様

債権者登録をしている  
住所・名称（法人名、医療機関名  
等）・代表者（理事長名、院長名等）  
を記載してください。

所在地 **十和田市西○○番町×番△号**  
名 称 **市立とわだ病院**  
代表者 **院長 十和田 一太郎**

印

請求額の合計を記載して  
ください。

代表者印（理事長印、個人印  
等）を鮮明に押印してください。  
印がつぶれて読めない場  
合は再提出となります。

## 請 求 書

金 **55,000** 円也

ただし、令和 ○ 年 × 月分 介護保険主治医意見書作成料として

作成年月を記載してください。  
依頼月や提出月ではなく、作成月ごとに請求をしてください。

内 訳

| 種別   | 種別ごとの件数を記載してください。        | 種別ごとの合計金額を記載してください。       | 種別ごとの消費税額を記載してください。    |
|------|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| 意見書料 | 5,000円 × <b>10</b> 件 ×   | 1.1 = <b>55,000</b> 円     | うち消費税額 <b>5,000</b> 円  |
|      | 4,000円 × <b>    </b> 件 × | 1.1 = <b>          </b> 円 | ( <b>          </b> 円) |
|      | 3,000円 × <b>    </b> 件 × | 1.1 = <b>          </b> 円 | ( <b>          </b> 円) |

診断・検査費用  円

診断・検査費用の請求があれば  
記載してください。