

日野市に口座登録がない場合

記入例

※ 請求印や病院名等のゴム印は、鮮明に押印してください。

請求書

あて先 日野市長

合計請求金額

9,900 円

手書きの場合は金額の最初に「¥マーク」を記載してください

| | | | | | |
|----|---------|---------|------------------|---|-----|
| 内訳 | 在宅新規 | 5,500 円 | (5,000 × 1.10) | × | 1 人 |
| | 在宅更新・変更 | 4,400 円 | (4,000 × 1.10) | × | 1 人 |
| | 施設新規 | 4,400 円 | (4,000 × 1.10) | × | 人 |
| | 施設更新・変更 | 3,300 円 | (3,000 × 1.10) | × | 人 |

介護保険制度主治医意見書作成料として、上記金額を請求いたします。
令和 年 月 日

| | | | | | | | | |
|------|---------|------------------------|--|-------|--------|-------------------|--|------------------------|
| 振込口座 | 金融機関名 | 日野市役所 | | 銀行 | 信用組合 | 介護保険 | | 支店 |
| | 金融機関コード | 9 9 9 9 | | 信用金庫 | 農 協 | | | |
| | 口座番号 | 9 9 9 9 9 9 9 | | 支店コード | 9 9 9 | | | |
| | フリガナ | ヒノシヤクシヨビョウイン インチョウ ヒノシ | | タロウ | | 預金種別 (○ で囲む) | | ① 普通 4. 貯蓄 2. 当座 9. |
| | 口座名義人 | 日野市役所病院 | | 院長 | 日野市 太郎 | | | |

請求者 所在地 〒191-8686 東京都日野市神明1-12-1

医療機関名 日野市役所病院

代表者職・氏名 院長 日野市 太郎

代表者印もしくは代表者の氏名印を押してください

印

記載を訂正する場合は、訂正する部分に、請求印と同じ印を押してください。(金額の訂正はできませんので、改めて作成願います)

月 日 検収しました
介護保険課
市で記入する箇所です。