

※新規、もしくは振込先を変更する場合に、請求書に併せて提出してください。

介護保険主治医意見書作成料口座振込依頼書

令和 年 月 日

東 広 島 市 長 様

(請求者) 事業者番号(医療機関コード)

医療機関名

代表者名

所在地

印

介護保険に係る主治医意見書作成料については、次の口座に振り込んでください。

(振込先)

金 融 機 関 名	銀行 本店 金庫 支店 農協 支所 信用金庫	
預 金 種 別 及 び 口 座 番 号	普通 ・ 当座	NO
フリガナ		
口 座 名 義 人		

- 依頼日以降の請求分について、適用します。
- 請求者と口座名義人が異なる場合には、この依頼書が主治医意見書作成料受領の委任状を兼ねます。