変更

主治医意見書料支払一覧表

NNZ9年Z9月Z9日　ZZZZZ9 頁

NNNNNNNNNNNNNNN

保険者番号	保険者名
999999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

事業所番号 事業所名	被保険者番号	作成依頼日	意見書作成日	意見書送付日	請求額 (円)	消費税額 (円)	支払額 (円)	消費税額 (円)	送付元区分	備考
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXX	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	NNZ9NZ9NZ9N	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	ZZ,ZZZ,ZZ9	NNN	NNNNNNNNNN NNNNNNNNNN

FHEL01(3A11)

主治医意見書料支払一覧表

令和8年5月7日　1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名
4820XX	××市

事業所番号 事業所名	被保険者番号	作成依頼日	意見書作成日	意見書送付日	請求額 (円)	消費税額 (円)	支払額 (円)	消費税額 (円)	送付元区分	備考
48102123XX 〇〇医療機関	00000012XX	令和8年4月1日	令和8年4月19日	令和8年4月20日	4,000	400	4,000	400	保険者	
48102123XX 〇〇医療機関	01010101XX	令和8年4月1日	令和8年4月19日	令和8年4月20日	5,000	500	5,000	500	保険者	
48102123XX 〇〇医療機関	00100100XX	令和8年4月2日	令和8年4月20日	令和8年4月21日	4,000	400	4,000	400	保険者	施設、継続申請
48203234XX 〇〇医療機関	00200200XX	令和8年4月2日	令和8年4月20日	令和8年4月21日	3,000	300	3,000	300	事業所	

FHEL01(3A11)