

介護保険 主治医意見書作成料請求書

平戸市長 様

平成 年 月 日

下記の金額を請求します。

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | | | 年 | | | 月分 |
| 保険者番号 | 4 | 2 | 2 | 0 | 7 | 1 |

| | | | | | | | |
|------------------|--------|------------|------|----|-----|--|--|
| 被 保 險 者 | 被保険者番号 | □□□□□□□□□□ | | | | | |
| | (フリガナ) | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| 生年 | 1 明治 | 2 大正 | 3 昭和 | 性別 | 1 男 | | |
| 月日 | 年 | 月 | 日 | | 2 女 | | |

| | | | | | | | |
|------------------------|-------|------------|--|--|--|--|--|
| 請求 医 療 機 関 | 事業所番号 | □□□□□□□□□□ | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | |
| | 所在 地 | 〒 | | | | | |
| | | TEL | | | | | |
| 代表者名 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------|----|---|---|---|--------|----|---|---|---|--|
| 作成依頼日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 依頼番号 | | | | | |
| 意見書作成日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 意見書送付日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | |

| | | | | | | | |
|--------|----|------|------|------|------|----|---|
| 意見書作成料 | 種別 | 1 在宅 | 2 施設 | 1 新規 | 2 繼続 | 金額 | 円 |
|--------|----|------|------|------|------|----|---|

| 診 断 ・ 検 査 費 用 | 内訳 | | | 点数 | | | 摘要 | | | 要 | |
|---------------------------------|----------------|--|--|----|--|--|-------------|--|--|---|---|
| | 初診料 | | | | | | | | | | |
| | 胸部単純X線撮影 | | | | | | | | | | |
| | 血液一般検査 | | | | | | | | | | |
| | 血液化学検査 | | | | | | | | | | |
| | 尿中一般物質定性・判定量検査 | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | 点数合計 × 10 円 | | | | 円 |

| | | | | | | |
|---------|------|--|--|--|--|--|
| 振込先金融機関 | 銀行名 | | | | | |
| | 口座種類 | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | |
| | 口座名義 | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|---------|--|--|--|--|---|
| 請求額 | 意見書料 | | | | | 円 |
| | 診断・検査費用 | | | | | 円 |
| | 消費税 | | | | | 円 |
| | 合計 | | | | | 円 |

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

| | 在 宅 | 施 設 |
|-------|---------|---------|
| 新規申請者 | 5,000 円 | 4,000 円 |
| 継続申請者 | 4,000 円 | 3,000 円 |

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

- ・胸部単純X線撮影・血液一般検査・血液化学検査・尿中一般物質定性・判定量検査
- 代表者名は振込先の口座名義とあわせて下さい。