

介護保険「主治医意見書」作成料請求書

大鰐町長 山田 年伸 殿

(保険者番号：023622)

請求医療機関	事業所番号													
	事業所名													
	所在地	〒 ー Tel.												

下記のとおり、令和 年 月分として請求します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0								
	(フリガナ) 氏名													
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別									
		年	月	日	1.男	2.女								

口座振替先金融機関名	銀行、金庫
	本店、支店
預金の種類及び口座番号	普通 当座 No.
フリガナ	
預金口座名義人氏名	

作成依頼日	令和 年 月 日	依頼番号		保険者	※	※印の欄は記入しないでください。
意見書作成日	令和 年 月 日	意見書送付日	令和 年 月 日	確認		

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	金額	円
--------	----	-------------	-------------	----	---

診 断	内 容		点 数				適 要						
		診 断											
検 査 費 用	検 査	胸部単純X線撮影											
		血液一般検査											
		血液科学検査											
		尿中一般物質定性・半定量検査											
合 計						点数合計×10円							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

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、血液科学検査、尿中一般物質定性・半定量検査）