

介護保険 主治医意見書作成料請求書

行方市長 殿

令和		年		月分
----	--	---	--	----

次のとおり請求します。

保険者番号	0	8	2	3	3	9
-------	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号					
	氏名					
	生年月日				性別	

請求医療機関	事業所番号								
	事業所名称								印
	所在地	〒							電話番号

作成依頼年月日	令和		年		月		日											※
意見書作成日	令和		年		月		日	意見書送付日	令和		年		月		日			保険者確認印

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

診断・検査費用	内 訳		点 数				摘 要						
	診 断												
検 査	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・半定量検査												
合 計						点数合計×10円							円

振 込 先	銀行名 (本支店名)								請 求 額	意見書料							円
	預金種別	1.普通	2.当座					診断・検査料								円	
	口座番号									消費税						円	
	口座名義人	フリガナ								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	5,000円(税別)	4,000円(税別)
継続申請	4,000円(税別)	3,000円(税別)

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行なった場合、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清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】

- ・胸部単純X線検査
- ・血液一般検査
- ・血液化学検査
- ・尿中一般物質定性・半定量検査

※印の欄は記入しないで下さい。