

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	
保険者番号	0	8	2	3	3	9

次のとおり請求します。

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						※ 保険者確認印		
意見書作成日	令和		年		月		日	意見書送付日	令和		年			月	

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。