

介護保険 主治医意見書作成料請求書

				年		月分	
市町村名		一宮市		保険者番号		232033	
被 保 険 者	被保険者番号				請 求 医 療 機 関	医療機関コード	
	フリガナ					医療機関名称	
	氏 名					所 在 地	
	生年月日		性別				

作成依頼日		依頼番号		※ 保 険 者 確 認
意見書作成日	年 月 日	意見書送付日	年 月 日	

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 ・ 検 査 費 用	内 訳		点 数		摘 要				
	診断								
	検 査								
	合 計								円

請 求 額	意見書料					円
	診断・検査費用					円
	消 費 税					円
	合 計					円

◎太枠は、必ず記入してください。

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

市町村が指定医として依頼した場合、意見書を記載するのに必要な診断・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
 - ・尿中一般物質定性半定量検査

※印の欄は記入しないで下さい