

記入例

介護保険 主治医意見書作成料請求書

別紙4

意見書作成日を記載

意見書送付日を記載

令和7	年	7	月分
-----	---	---	----

市町村名	知多北部広域連合	保険者番号	239178
------	----------	-------	--------

被 保 険 者	被保険者番号	0000000000			請 求 医 療 機 関	医療機関コード	000000000		
	フリガナ	〇〇 △△				医療機関名称	〇〇病院		
	氏名	〇〇 △△				所在地	〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町		
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	男			電話番号 000-000-0000		

作成依頼日	令和7年8月12日	依頼番号	0000000000000000	保険者確認	※
-------	-----------	------	------------------	-------	---

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	※
--------	----------	--------	----------	-------	---

意見書作成料	種別	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	金額	5	0	0	0	円
--------	----	-----------	-----------	----	---	---	---	---	---

内 訳		点 数	摘 要						
診 断 ・ 検 査 費 用	診断		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 黒太字枠内を入力・記載の上、愛知県健康保険団体連合会へ 提出いただきますようご協力をお願いします </div>						
	検査								
合 計									円

振 込 先	金融機関名	
	口座の種類	1 普通 2 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

請 求 額	意見書料	5	0	0	0	円
	診断・検査費用					円
	消費税		5	0	0	円
	合 計	5	5	0	0	円

※指定医のみ記入してください。

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

記入しないでください

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ください。