

介護保険 主治医意見書作成料請求書

別紙 4

	年		月分
--	---	--	----

市 町 村 名		保 険 者 番 号	
---------	--	-----------	--

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	電話番号		
	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		意 見 書 送 付 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

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						円
	診断・検査費用						円
	消 費 税						円
	合 計						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

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た行った検査等（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。