

# 介護保険 主治医意見書作成料請求書

|         |  |   |  |           |  |
|---------|--|---|--|-----------|--|
|         |  | 年 |  | 月分        |  |
| 市 町 村 名 |  |   |  | 保 険 者 番 号 |  |

|                  |             |  |     |  |  |
|------------------|-------------|--|-----|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者<br>番 号 |  |     |  |  |
|                  | フリガナ        |  |     |  |  |
|                  | 氏 名         |  |     |  |  |
|                  | 生年月日        |  | 性 別 |  |  |

|                            |               |      |  |  |  |
|----------------------------|---------------|------|--|--|--|
| 請<br>求<br>医<br>療<br>機<br>関 | 医療機関<br>コ ー ド |      |  |  |  |
|                            | 医療機関<br>名 称   |      |  |  |  |
|                            | 所 在 地         | 電話番号 |  |  |  |

|             |  |             |  |                       |   |
|-------------|--|-------------|--|-----------------------|---|
| 作 成 依 頼 日   |  | 依 頼 番 号     |  | 保<br>険<br>者<br>確<br>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<br>断<br>・<br>検<br>査<br>費<br>用 | 内 訳    |  | 点 数 |  |  |  | 摘 要 |  |  |   |
|                                 | 診断     |  |     |  |  |  |     |  |  |   |
|                                 | 検<br>査 |  |     |  |  |  |     |  |  |   |
|                                 |        |  |     |  |  |  |     |  |  |   |
|                                 |        |  |     |  |  |  |     |  |  |   |
|                                 |        |  |     |  |  |  |     |  |  |   |
|                                 |        |  |     |  |  |  |     |  |  |   |
|                                 |        |  |     |  |  |  |     |  |  |   |
|                                 | 合 計    |  |     |  |  |  |     |  |  | 円 |

|             |       |                |  |  |  |  |  |
|-------------|-------|----------------|--|--|--|--|--|
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名 |                |  |  |  |  |  |
|             | 口座の種別 | 1. 普通    2. 当座 |  |  |  |  |  |
|             | 口座番号  |                |  |  |  |  |  |
|             | フリガナ  |                |  |  |  |  |  |
|             | 口座名義人 |                |  |  |  |  |  |

|             |               |  |  |  |  |  |   |
|-------------|---------------|--|--|--|--|--|---|
| 請<br>求<br>額 | 意 見 書 料       |  |  |  |  |  | 円 |
|             | 診 断 ・ 検 査 費 用 |  |  |  |  |  | 円 |
|             | 消 費 税         |  |  |  |  |  | 円 |
|             | 合 計           |  |  |  |  |  | 円 |

※ 印の欄は記入しないでください。

◎太枠は、必ず記入してください。

◎振込先の支店名も必ず記入してください。（欄外への記入でも構いません。）

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