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	

被保険者				
	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		性別	

請求医療機関		
	医療機関コード	
	医療機関名称	
	所在地	

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	
	口座の種別	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

※　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