

記入例

介護保険 主治医意見書作成料請求書

医療機関コードを記入してください。

(コードには医療保険請求に使用している「保険医療機関番号」を記入してください。)

令和 7 年 10 月 分

保険者番号 押印をお願いいたします。

被 保 険 者	被保険者番号	0000000000	請 求 医 療 機 関	医療機関コード	0123456789
	フリガナ	木 曾 太 郎		医療機関名称	〇〇病院
	氏名	木曾 太郎		所在地	399-6101 木曾町日義〇〇〇〇番地〇 電話番号 0000-00-0000
	性別	男			

印

意見書作成日と意見書送付日を記入してください。

(意見書送付日を請求日とします。)

作成依頼日	令和7年10月10日	依頼番号	
意見書作成日	令和7年10月6日	意見書送付日	令和7年10月6日

※ 印の欄は記入しないでください。

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		摘 要	
診 断 ・ 検 査 費 用	診断	意見書作成料の種別と金額を記入してください。	
	検 査	胸部単純X線撮影	フィルム 等
		血液一般検査	血液採取 等
		血液科学検査	内訳を記入してください。(任意)
		尿中一般物質定性判定定量検査	

ご希望の振込先をご記入ください。
※金融機関の支店名の記入も忘れず記入してください。

請求額を記入してください。

振 込 先	金融機関名	〇〇〇銀行 △△支店
	口座の種別	1.普通 2.当座
	口座番号	0123456
	フリガナ	カカ ビヨク
	口座名義人	〇〇 病院

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

◎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