

介護保険 主治医意見書作成料請求書

美浦村

美浦村長 殿

令和		年		月分		
保険者番号	0	8	4	4	2	6

被 保 険 者	被保険者 番 号										
	(フリガナ)										
	氏 名										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
		年		月		日					

請 求 医 療 機 関	医療機関番号											
	事業所名称											
	所 在 地	〒										
		電話番号	()									

作成依頼日	令和		年		月		日	依頼番号	美福介第	号(督促の場合のみ)	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

※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						円
--------	-----	-------	-------	-------	-------	-----	--	--	--	--	--	---

診 断 ・ 検 査 費 用	内 訳	点 数	摘 要												
	診 断														
検 査	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														
合 計								合計点数×10円							円

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

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

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・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、診察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

上記の請求金額を下記の口座に振り込んでください

口 座 振 込 依 頼 欄	金融機関名	支店名	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード		1 普通預金			
			2 当座預金				
			3 その他				
	フリガナ						
口座名義人							