

令和 年 月 日

黒石市長様

所在地

医療機関又は施設名

代表者職氏名

印

## 介護保険主治医意見書作成料請求書（ 月分）

介護保険主治医意見書作成手数料\_\_\_\_\_件分として、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金\_\_\_\_\_円（税込）

（内訳）別紙明細書のとおり

	在 宅	施 設
新規者数	件	件
継続者数	件	件

下記の口座へ振込をお願い致します。 \*通帳の名義を正確に記入して下さい。

銀行名	支店名	種 目	口 座 番 号
金融機関コード	店舗コード		
フリガナ			
口座名義人			

介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和		年		月分
----	--	---	--	----

保険者番号	0	2	2	0	4	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					

請求医療機関	事業所番号										
	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	黒介第		号	※ 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	

※印の欄は記入しないで下さい

意見書作成料	種別	1.在宅 2.施設	1.新規 2.継続	金額					円
--------	----	-----------	-----------	----	--	--	--	--	---

		内訳	点数	摘要				
診断・検査費用	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				点数合計×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