

介護保険 主治医意見書作成料請求書

福祉課

令和 年 月 日

川南町長 殿

請求者

所在地

医療機関名

代表者名 印

下記のとおり請求いたします。

被 保 険 者	被保険者番号																			
	(フリガナ)																			
	氏 名																			
	生年月日	1. 大正		2. 昭和		性別														
			年			月			日											
										意見書作成日	令和			年			月			日

① 主治医意見書作成は、在宅・施設別、新規・継続別に下記の金額とする。

申 請	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

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

② 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療・検査について初診料及び医師の判断に応じて行なった検査等(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。

診 断 ・ 検 査 費 用	内 訳		報酬単価(円)	適 用			
	初 診 料	(診療所)	☐				
		(病院)	☐				
	検 査	血液採取(静脈)	☐				
		抹消血液一般検査	☐				
		血液学的検査判断料	☐				
		血液化学検査(10項目以上)	☐				
		生化学的検査(1)判断料	☐				
		尿中一般物質定性半定量検査	☐				
		単純撮影	☐				
		写真診断(胸部)	☐				
		フィルム(大角)	☐				
合 計						円 ②	

振 込 先	金融機関名																		
	本・支店名																		
	口座番号																		
	口座名義人 (カナ)																		

請 求 額	①意見書作成料					円
	②診断・検査費用					円
	消費税(①+②)×0.1					円
	合 計					円