

北上市長 様

意見書“送付日”の属する月を記入  
 【例】意見書送付日が4月1日～4月30日の間は令和5年4月分と記入

令和		年		月分
保険者番号				

被 保 険 者	被保険者番号														事業所番号										
	(フリガナ)														事業所名										
	氏名														代表者名										
	生年月日																								

法人格がある場合は法人名も記入ください

印鑑は代表者の印を使用ください  
 【例】  
 代表者が理事長の場合：理事長印又は理事長個人名印  
 代表者が個人の場合：病院長印又は病院長個人名印

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

依頼番号の記載は不要です

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			点数合計×10円					円

合計金額は訂正印使用不可です

支 払 先	金融機関名	銀行		支店	請 求 額	意見書料					円
	預金の種類	普・当	口座番号			診断・検査費用					円
	フリガナ					合計					円
	口座名義人										円

合計金額は訂正印使用不可です

※合計金額の訂正は不可です。  
 ※主治医意見書の提出をお願いします。

口座名義人が請求書上段請求医療機関欄内の代表者名と異なる場合は、法人名、代表者及び名義人の肩書をもれなく記載ください。または別途委任状を提出ください

【例】  
 代表者名：〇〇法人△△会 □□病院 病院長～～  
 口座名義人：〇〇法人△△会 理事長 ××

※主治医がなく主

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