

# 介護保険 主治医意見書作成料請求書

北上市長 様

令和		年		月	
----	--	---	--	---	--

保険者番号					
-------	--	--	--	--	--

被 保 険 者	被保険者番号											
	(フリガナ)											
	氏名											
	生年月日						性別					

請 求 医 療 機 関	事業所番号											
	事業所名 代表者名	印										
	〒						―					
	所在地											
	電話番号											

作成依頼日	令和		年		月		日	依頼番号							※ 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	

支 払 先	金融機関名	銀行 支店										
	預金の種類	普・当	口座番号									
	フリガナ											
	口座名義人											

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

※合計金額の訂正はできません。それ以外の箇所の訂正は、訂正印（請求印と同じもの）を押してください。  
 ※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
- ・半定量検査