**介護保険　主治医意見書作成料請求書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 | 有田町 | 保険者番号 | 414011 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 医療機関  コード |  |
| 医療機関  名称 |  |
| 所在地 | 電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成依頼日 |  | 依頼番号 |  | 保険者確認 | ※ |
| 意見書作成日 |  | 意見書送付日 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 合計 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求額 | 意見書料 |  |  |  |  |  | 円 |
| 診断・検査費用 |  |  |  |  |  | 円 |
| 消費税 |  |  |  |  |  | 円 |
| 合計 |  |  |  |  |  | 円 |

◎太枠は、必ず記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求 | 有田町長　様 | 右記のとおり請求します。 |
| 請求日 | 年　　　月　　　日 |
| 代表者名 | 印 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | | | | | | | 口座名義 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

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 |

市町村が指定医として依頼した場合、意見書を記載するのに必要な診断・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