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			

※ 印の欄は記入しないでください。

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

診断・検査費用	内訳		点数	摘要
	診断			
	検査			
	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

請求額		
	意見書料	円
	診断・検査費用	円
	消費税	円
	合計	円

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