記　入　例

介護保険

日付は未記入でお願いします。

**主治医意見書作成料請求書**

令和 ✕ 年 ✕ 月 ✕ 日

薩摩川内市長　様

（請求医療機関名）　住　　所

　　　　　　　　名　　称

請求月を未記入でお願いします。

請求印は必ずお願いします。

　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和　✕　年　✕　月分の主治医意見書作成料を、下記のとおり請求します。

（単位：円）

金額欄の訂正印、見え消しは無効になります。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　　　名 | 品質・規格 | 数量 | 単位 | 単価 | | 金　　　　　額 |
| 意見書作成料 | 在宅新規 |  | 件 | ５，５００ | | 円 |
| 在宅継続 |  | 件 | ４，４００ | | 全て内税になっています。円 |
| 施設新規 |  | 件 | ４，４００ | | 円 |
| 施設継続 |  | 件 | ３，３００ | | 円 |
| 診断・検査費用 |  |  | 件 |  | | 円  計算ミスがないようご注意を願います。 |
| 小　　　　　計 | | | | | 円 | |
|  | | | | | | |
| 請　　求　　額 | | | | | 円 | |

　　　　　　　　　　　　　※詳細は、別紙「主治医意見書作成料請求明細書」のとおり。

≪口座振替依頼書≫

　　　　　　　　　　　　　　　整理番号　　　　　」

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行・農協名 | 本支店・本支所 | | 種別 | 口座番号 |
| 口座名義人と請求代表者名が異なる場合は委任状が必要になります。 | |  | 普通・当座 |  |
| 口座名義人 | |
| (フリガナ) | |
|  | |

介護保険

記　入　例

**主治医意見書作成料請求明細書**

被保険者番号を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 意見書作成日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | |
| （フリガナ） |  | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 1.　明治　2.　大正　3.　昭和 | | | | | | | | 性　別 | | |
| 年　　　月　　　　日 | | | | | | | | 男・女 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求医療機関の事業所番号 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求医療機関の所在地・名称 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 主治医氏名 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 意見書作成料 | 在宅 | 新規 | ５，０００円 |  | 施設 | 新規 | ４，０００円 |  |
| 継続 | ４，０００円 |  | 継続 | ３，０００円 |  |

＊該当する欄に○印を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断  ・  検査費用 | 内　　訳 | | 診療報酬単価 | | | | | 適　　　　　用 |
| 診断（初診料） | |  |  |  |  | 円 |  |
| 検  査 | 血液採取（静脈） |  |  |  |  | 円 |  |
| 末梢血液一般検査 |  |  |  |  | 円 |  |
| 血液液学的検査判断料 |  |  |  |  | 円 |  |
| 血液化学検査（10項目以上） |  |  |  |  | 円 |  |
| 生化学的検査（1）判断料 |  |  |  |  | 円 |  |
| 尿中一般物質定性半定量検査 |  |  |  |  | 円 |  |
| 単純撮影 |  |  |  |  | 円 |  |
| 写真診断（胸部） |  |  |  |  | 円 |  |
| フィルム |  |  |  |  | 円 |  |
| 合　　　　計 | |  |  |  |  | 円 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請  求  額 | 意見書作成料 |  |  |  |  |  | 円 |
| 診断・検査費用 |  |  |  |  |  | 円 |
| 消　　費　　税 |  |  |  |  |  | 円 |
| 合　　　　　計 |  |  |  |  |  | 円 |

（注）

１　主治医意見書作成料は、在宅・施設別、新規・継続別に区別してください。

２　主治医がなく、主訴等もない者が、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基づき行った検査等に対し、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ます。

＊医師の判断に基づき行う検査等の範囲・・・上記検査内訳のうち医師において必要と判断されたもの