

介護保険 主治医意見書作成料請求書

大崎市長 様

記載例

		令和3 年 7 月分	
		保険者番号	002150
被保険者	被保険者番号	01234567	
	フリガナ	オオサキ ハジメ	
	氏名	大崎 一	
	生年月日	S18.7.22	性別 男
請求医療機関	事業所番号	00000005	
	事業所名称	医療法人大崎会 大崎診療所 印	
	所在地	〒 989-6188 大崎市古川 七日町1-1	
	電話番号	0229-23-0000	

代表者印を必ず押印ください

作成依頼日	令和3年7月1日	依頼番号		保険者確認※
意見書作成日	令和3年7月5日	作成送付日	令和3年7月5日	

意見書作成料	種別	1在宅	2施設	1新規	2継続	金額	4,000	円
--------	----	-----	-----	-----	-----	----	-------	---

診察・検査費用	内 訳		点数	概 要	
	検査	初 診			
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

金融機関名	大崎銀行
支店名	古川支店
口座種別	普通
口座番号	123456
口座名義人	医療法人 大崎診療所

請求書	意見書作成料	4,000	円
	診察・検査費用		円
	消費税	400	円
	合計	4,400	円

※印欄には記入しないで下さい

金額欄の訂正は無効となります。それ以外の訂正の場合は、必ず訂正印を押印ください。

注 1. 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	5,500 円	4,400 円
継続申請者	4,400 円	3,300 円

2. 主治医がなく主訴もないもの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、診察報酬単価に基づき精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