

介護保険 主治医意見書作成請求書

令和		年		月	分
川根本町					
保険者番号	2	2	4	2	9 5

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名										
	生年 月日	1. 明治			2. 大正			3. 昭和			性別

請 求 医 療 機 関	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地 〒 _____ - _____ 電話番号									

作成依頼日	令和		年		月		日	依頼番号							
意見書作成日	令和		年		月		日	意見書送付日	令和		年		月		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														
	検 査	診断															
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・ 判定量検査																
	合計															点数合計 × 10	円

- ・ 太枠線内は必ず記入してください。
- ・ 事業所番号: 保健医療機関番号(7桁)の
先頭に"221"を付して記載してください。
- ・ 事業所番号: 221*****

医療機関番号

- ・ 介護老人保健施設は事業所番号を記入
事業所番号 225*****

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

※

発行責任者及び担当者(フルネーム及び電話番号)

・発行責任者 _____ 連絡先 _____

・事務担当者 _____ 連絡先 _____

主治医意見書は、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、意見書に記載するのに必要な診療・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・判定量検査

※発行責任者及び担当者の欄は、静岡県国民健康保険団体連合会の経由する場合、または、上記請求医療機関の欄に押印がある場合は、未記入でも構いません。