

介護保険 主治医意見書作成請求書

記入例

当町への直接請求においても、押印が不要となりました。
ただし、押印を省略する場合は、請求書の下部にある「発行責任者」および「事務担当者」欄に記入が必要です。

川根本町

令和	0	6	年	0	5	月	分
保険者番号	2	2	4	2	9	5	

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	カワネホン タロウ									
	氏名	川根本 太郎									
	生 年 月 日	1. 明治		2. 大正		③. 昭和		性別	①. 男 2. 女		
		1	0	年	1	0	月	1	0	日	
請 求 医 療 機 関	事業所番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
	事業所 名称	〇〇〇医院									
	所在地	〒 4 2 8 — 0 3 1 3 川根本町上長尾□□□□ 電話番号 〇〇〇〇-△△-□□□□									

作成依頼日	令和	0	6	年	0	4	月	0	1	日	依頼番号										
意見書作成日	令和	0	6	年	0	4	月	2	0	日	意見書送付日	令和	0	6	年	0	4	月	2	0	日

意見書作成料	種別	1. 在宅		②. 施設	①. 新規	2. 継続	金 額	¥	4	0	0	0	円
--------	----	-------	--	-------	-------	-------	-----	---	---	---	---	---	---

診 断 ・ 検 査 費 用	内 訳	点 数				摘 要				
	診断									意見書作成料は下記の表を確認して記入してください。 (消費税抜きの金額)
	検 査	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									消費税の記載を忘れずにしてください。 請求額の合計欄の記載誤りに注意してください。 この欄は訂正印の使用はできません。
合 計										

- ・ ☐ 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					¥	4	0	0	0	円
	診断・検査費用										円
	消費税						¥	4	0	0	円
	合計					¥	4	4	0	0	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 介護 次郎 連絡先 〇〇〇〇-△△-□□□□
・事務担当者 支援 花子 連絡先 〇〇〇〇-△△-□□□□

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

	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
初診料及び医師の判断に応じて行った検
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

※発行責任者及び担当者の欄は、静岡県
に押印がある場合は、未記入でも構いません。

※発行責任者および担当者の欄について

静岡県国民健康保険団体連合会を経由する場合、または上記
請求医療機関の欄に押印される場合は、未記入でも差し支えあり
ません。

発行責任者および発行担当者の氏名はフルネームで記載し、連
絡先には確実に連絡が取れる電話番号を記載してください。なお、
発行責任者と発行担当者は同一人物でも構いません。