

介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和	年		月分
----	---	--	----

市 町 村 名	東温市	保 険 者 番 号	382150
---------	-----	-----------	--------

被 保 険 者	被保険者 番 号				請 求 医 療 機 関	医療機関 コ ー ド			
	フリガナ					医療機関 名 称			
	氏 名					所 在 地	電話番号		
	生年月日		性 別						

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			

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

(あて先) 愛媛県東温市長

請 求 額	意 見 書 料						円
	診断・検査費用						円
	消 費 税						円
	合 計						円

◎太枠は、必ず記入してください。

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

※ 印の欄は記入しないでください。