

記入例(主治医)

介護保険 主治医意見書作成料請求書

8	年	1	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	0001234567			請 求 医 療 機 関	医療機関 コ ー ド	381234567		
	フリガナ	トウオン タロウ				医療機関 名 称	●●病院		
	氏 名	東温 太郎				所 在 地	愛媛県▲▲市■●00-0		
	生年月日	昭和●年●月●日	性 別	男			電話番号 089-000-0000		

作 成 依 頼 日	令和 年 月 日	依 頼 番 号		保 険 者 確 認	※
意 見 書 作 成 日	8 年 1 月10日	意 見 書 送 付 日	8 年 1 月10日		

意 見 書 作 成 料	種 別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	金 額	5	0	0	0	円
-------------	-----	-------------	-------------	-----	---	---	---	---	---

診断・検査費用	内 訳		点 数		摘 要				
	診断								
	検 査								
	合 計								円

※指定医の場合のみ記入

税抜金額

税抜金額

※指定医の場合のみ記入

(あて先) 愛媛県東温市長

請 求 額	意 見 書 料	5	0	0	0	円
	診 断 ・ 検 査 費 用					円
	消 費 税		5	0	0	円
	合 計	5	5	0	0	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 ・尿中一般物質定性半定量検査

※訂正がある場合は、東温市のホームページから様式をダウンロードしてください。
訂正印・二重線での訂正は受け付けかねますのでご注意ください。

※ 印の欄は記入しないでください。