

介護保険主治医意見書作成料請求書

福岡市長様

下記のとおり請求します。支払金については、指定口座に振込を依頼します。

令和		年		月分
保険者番号		4	0	1307

被 保 険 者	被保険者番号	
	(フリガナ)	
	氏 名	
	生年月日	

請 求 医 療 機 関	事業所番号	
	事業所名称	
	開設者氏名	
	所在地	〒 電話番号

作成依頼日	令和		年		月		日	申請年月日	令和		年		月		日	※ 保 険 者 確 認
意見書作成日	令和		年		月		日	意見書送付日	令和		年		月		日	

※印欄は記入しないでください。

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	金額(税抜)				円
--------	----	-------------	-------------	--------	--	--	--	---

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

※請求額の訂正は不可。

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	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

2. 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

3. 請求額の訂正は不可（要再提出）。