

# 請 求 書

一, 金 円

介護保険主治医意見書作成手数料として、上記金額を請求します。

相馬市長

所 在 地

名 称

代表者職氏名

印

なお、作成手数料は次の振込先に振り込んでください。

金融機関名		支店名	
預金種目	1 普通      2 当座      9 その他 (                      )		
口座番号			※番号は右詰めをお願いします
口座名義	カナ		
	漢字		

## 請求者一覧

No.	氏 名	種類	記入日	意見書作成料 (円)	指定医による診 断・検査料 (円)	消費税 (円)	合計 (円)
1			R . .				
2			R . .				
3			R . .				
4			R . .				
5			R . .				
6			R . .				
7			R . .				
8			R . .				
9			R . .				
10			R . .				
11			R . .				
12			R . .				
13			R . .				
14			R . .				
15			R . .				

※ 1 単価

No.	種類	単価
1	在宅・新規	5,000円
2	在宅・継続	4,000円
3	施設・新規	4,000円
4	施設・継続	3,000円

※ 2 指定医による診断・検査料の請求がある場合のみ「別紙 2 請求明細書」を添付してください。

## 請求明細書

## 医療機関名

氏名	性別	生年月日
	男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日

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						
	診 断											
	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										
	合 計					点数合計 × 10円						円

請 求 額	意 見 書 料								円
	診 断 ・ 検 査 費 用								円
	消 費 税								円
	合 計								円

主治医がなく主訴もない者が要介護・要支援認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察及び検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等に対し、診察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
- ・その他医師が必要と認めた検査