介護保険　　主治医意見書作成料請求書①　　　＜鉾田市＞　　　　　一人分の請求の場合①　　複数人の請求の場合②（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月分 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | ０ | ８ | ２ | ３ | ４ | ７ |

　　　　　鉾　田　市　長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | ０ |  | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 請求医療機関 | 事業所名称 | 印 |
| （フリガナ） |  |
| 氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  |
| 生年月日 | 1．明治　　2．大正　　3．昭和 |  |
|  |
|  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 1．男　2．女 |  |  |
|  |  |  |  |  | （電話番号） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 作成依頼日※印の欄は記入しないでください | 令和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 意見書送付日 | 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 |

◎鉾田市に初めて請求する場合は振込先も記入、又は別紙に添付

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行本支店名 |  | 請求額 | 意見書料 |  |  |  |  |  | 円 |
| 口座番号 | 普・当No | 診断・検査費用 |  |  |  |  |  | 円 |
| 名義　フリガナ | 消費税 |  |  |  |  |  | 円 |
| 合計 |  |  |  |  |  | 円 |

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 |

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・判定量検査

**介護保険　主治医意見書作成料請求書**　②　＜鉾田市＞　　　一人分の請求の場合①(表面)　　複数人の請求の場合②

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月分 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | ０ | ８ | ２ | ３ | ４ | ７ |

鉾　田　市　長　　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 |  |  |  |  |  |  | 円 | 振込先　　　　　　　　　（鉾田市に初めて請求する場合記入）　銀行本支店 |
| 主治医意見書作成料請求内訳　在宅・新規　５，０００円×　　件＝　　　　　　　　　　　　円　施設・新規　４，０００円×　　件＝　　　　　　　　　　　　円　在宅・継続　４，０００円×　　件＝　　　　　　　　　　　　円　施設・継続　３，０００円×　　件＝　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　消費税 　　　　　　　　円計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | 　口座番号　（普）・（当）　　　　　　　№　名　　義 |

　上記のとおり請求いたします。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 　**介護保険　主治医意見書作成料請求内訳** |
|  |
|  | 被保険者番号 | 被保険者名 | 種　別 | 金　　額 |
|  1 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
|  2 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
|  3 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
|  4 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
|  5 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
|  6 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
|  7 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
|  8 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
|  9 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
| 10 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
| 11 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
| 12 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
| 13 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
| 14 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |
| 15 | ０　　００ |  | 在宅・施設 | 新規・継続 | 円 |