

様式2

介護保険 主治医意見書作成料請求書

①意見書作成日の当該月を記入
②元号「平成」「令和」いずれかに○する

平成・令和			年			月分
-------	--	--	---	--	--	----

保険者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

介護保険の被保険者番号を記入

被保険者	被保険者番号																
	(フリガナ)																
	氏名																
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女											
	年	月	日														

請求医療機関	事業所番号																
	事業所名称																
	所在地	〒															
電話番号																	

保険者番号は、被保険者が属する介護保険の保険者番号を記入

①作成依頼日、意見書作成日、意見書送付日については必ず記入
②元号「平成」「令和」いずれかに○する

作成依頼日	平成			年			月			日	依頼番号						保険者確認	※					
意見書作成日	平成			年			月			日	意見書送付日	平成			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															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・半定量検査																					
合計															点数合計 × 10円								円

「在宅」「施設」のいずれかに○する

「新規」「継続」のいずれかに○をする

「5000円」「4000円」「3000円」のいずれかを記入

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

主治医が無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