

＜記入例＞

介護保険 主治医意見書作成料請求書

介護保険主治医意見書作成料請求書総括票

サービス提供月ではなく、提出する月を記入してください。

令和 3 年 10 月 提出分

月遅れ分もまとめて一冊に綴ること。
(数回または数冊に分けての提出は
ご遠慮ください。)

提出日 令和 3 年 10 月 3 日

事業所番号	4 3 1 0 0 0 0 0 0
事業所名称	〇〇病院
連絡先(電話番号)	096-999-9999
連絡先(FAX番号)	096-999-1111
担当者氏名	医事課 国保花子

保険者名(市町村名)	請求件数	備考
荒尾市	1 8 件	個々の保険者ごとに小計を出した後に合計を出してください。 保険者名には個人名ではなく市町村名を記入してください。
玉名市	1 0 件	
美里町	5 件	
高森町	1 件	
相良村	1 件	
苓北町	1 件	
合計	3 6 件	

- ・事業所記入力は、全項目必須で御記入ください。
- ・御提出の請求書の市町村ごとの内訳を上記に記載ください。
- ・本票と、請求書[保険者番号]・[枚数]を必ず御確認ください。
- ・電話番号・担当者氏名は、書類不備確認時に使用します。

受付印(※本会)

熊本県国民健康保険団体連合会

意見書作成月がサービス提供月となる

2021 年 9 月 分

保険者番号 4 3 2 0 4 7

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1
(フリガナ)氏名	カゴ ハナコ 介護 花子
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 性別 1. 男 2. 女 1 2 年 1 月 1 日 性別 2 (女)

事業所番号	4 3 1 0 0 0 0 0 0 0
事業所名称	〇〇病院 〇〇 太郎
代表者	〇〇病院 〇〇 太郎
所在地	〒 8 6 2 - 0 9 1 1 熊本市健軍1丁
電話番号	096-999-XXXX

作成依頼日	2021 年 9 月 6 日	日付の順番としては矢印のとおり(同日可)
意見書作成日	2021 年 9 月 1 3 日	意見書送付日 2021 年 9 月 1 5 日

意見書作成当月の請求は受付できません。
作成日の翌月以降にご請求ください。

請求種別	1. 新規 2. 継続	金額	5 0 0 0 円
------	-------------	----	-----------

内訳	点数	摘要
診断	2 8 8	初診料
診断・検査費用	2 5 3	写真診断イ・撮影ロ・電子画像管理加算 末梢血液一般検査・(血)判断料・採血 生化学(1)10項目以上・生化(1)判断料 尿一般検査
合計	9 5 8	点数合計×10円 9 5 8 0 円

診断・検査費用でも消費税を請求できます
小数点以下の端数は切り捨てとなります
2019(令和元)年10月作成分から10%

請求額	5 0 0 0 円
診断・検査費用	9 5 8 0 円
消費税	1 4 5 8 円
合計	1 6 0 3 8 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、意見書に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(以下のものに限り)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
 - ・血液検査一般
 - ・血液化学検査
 - ・尿中一般物質定性・半定量検査