

様式番号

医師意見書作成料請求書

(1) 令和 ○ 年 ○ 月分

市町村名 (2) ○○市 市町村番号 2 3 × × × ×

申請者	申請者番号	(3) ××××××××××	請求医療機関	保健医療(施設)機関コード	(4) 23××××××××
	フリガナ	○○○ ○○		保健医療(施設)機関名称	○○○医院
	氏名	○○○ ○○		所在地	〒×××-×××× 愛知県○○市○○番地 電話番号 ×××-×××-××××
	生年月日	○○××年××月××日			

作成依頼日	(5) 令和X年X月X日	依頼番号		市町村確認	※
意見書作成日	(6) 令和X年X月X日	意見書送付日	(7) 令和X年X月X日		

(8) (9)

意見書作成料	種別	①. 在宅 2. 施設	①. 新規 2. 継続	金額	(10) 5 0 0 0 円
--------	----	-------------	-------------	----	----------------

診察・検査費用	内訳		点数				摘要				
	診察	検査									
		胸部単線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									円

(印字例) 黒太字枠内を入力・記載の上、愛知県国民健康保険団体連合会へ提出いただきますようお願いいたします。

請求額	意見書作成料	(11)	5	0	0	0	円
	診察・検査費用						円
	消費税	(12)		5	0	0	円
	合計	(13)	5	5	0	0	円

意見書作成料は、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	3,300円

主治医がなく主訴もない者が障害支援区分認定を行った場合、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精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

※ 印の欄は記入しないでください。