

様式 1

請求書を提出する  
年月日を記載

平成 年 月 日

滋賀県国民健康保険団体連合会 様

保険医療機関番号もしくは、  
介護保険の事業所番号を記載

医療機関番号	
医療機関名	

医療機関名もしくは  
事業所番号名を記載

意見書を作成した  
月を記載

### 主治医意見書作成料請求書送付票

年 月 分主治医意見書作成料請求書を下記のとおり送付いたします。

記

当月請求する意見書の  
件数を記載

件 数		件
-----	--	---

## 主治医意見書作成料請求書の提出について（お願い）

1. 請求書の提出は、月末締め（作成日）の翌月 10 日までに必着でお願いします。
2. 送付票は、上記 1 をひとまとめにして、1 枚添付してください。

## 主治医意見書作成料請求書の記入方法について

意見書作成日が、平成 20 年 4 月 1 日  
～平成 20 年 4 月 30 日の場合、  
「平成 20 年 4 月分」と記載

介護保険の被保険  
者番号を記載

### 介護保険 主治医意見書作成料請求書

平成			年			月			分
----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

市町村名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号は、介  
護保険の保険者番  
号（別添「保険者  
番号一覧表」参照

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		

請 求 医 療 機 関	医療機関 番 号								
	医療機関 名 称								
	所在地	〒							

電話番号

「在宅」「施設」の  
いずれかを○で囲む

意見書作成日	平成			年			月			日	依頼番号					※ 保 険 者 確 認
--------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	------	--	--	--	--	----------------------------

「新規」「継続」の  
いずれかを○で囲む

意見書作成料	種別	1. 在宅	2. 施設	1. 新規	2. 継続	金額 ①					円
--------	----	-------	-------	-------	-------	------	--	--	--	--	---

保険医療機関番号  
を記載

検査費用欄は、市町村指定医の場合に限り、ご記入下さい。

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・半定量検査			
	合 計		点数合計×10円 ②	

種別に応じて、  
「5000円」  
「4000円」  
「3000円」  
のいずれかを記載

診療・検査費用は、別添  
「検査等費用一覧表」を  
参照

は、必ず記入して下さい。

請 求 額	意見書料 ①				円
	診断・検査費用 ②				円
	消費税 ③				
	合計 ①+②+③				円

消費税を算定する  
場合は、①と②を合  
算したものに税率  
を乗じた額を算定  
(小数点以下四捨  
五入)

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なります。

	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

市町村が指定医として依頼した場合、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

様式 1

平成 年 月 日

滋賀県国民健康保険団体連合会 様

医療機関番号	
医療機関名	

### 主治医意見書作成料請求書送付票

年 月 分主治医意見書作成料請求書を下記のとおり送付いたします。

記

件数	件
----	---

介護保険 主治医意見書作成料請求書

平成			年			月	分
----	--	--	---	--	--	---	---

市町村名		保険者番号							
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

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	医療機関番号								
	医療機関名称								
	〒								
	所在地								
	電話番号								

作成依頼日	平成			年			月			日	依頼番号							※	
意見書作成日	平成			年			月			日	意見書送付日	平成						日	※

※印の欄は記入しないで下さい

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	金額 ①					円
--------	----	-------------	-------------	------	--	--	--	--	---

診断・検査費用欄は、市町村指定医の場合に限り、ご記入下さい。

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・半定量検査							
	合計				点数合計×10円 ②			円

◎ 太枠は、必ず記入して下さい。

請 求 額	意見書料 ①				円
	診断・検査費用 ②				円
	消費税 ③				円
	合計 ①+②+③				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なります。

	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

市町村が指定医として依頼した場合、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ます。

- 【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