

主治医意見書の請求書と明細書の記載について

【請求書の確認事項】

- ・請求日は、提出していただく日付けをご記入ください。
※請求日を遡ると、支払い手続きが行えない場合がありますので、ご注意ください。
- ・請求月と明細書の作成年月日と一致しているか
- ・請求金額・名称・代表者名・所在地の記入漏れがないか
- ・押印してあるか
- ・口座名義のフリガナはすべて記入されているか 等

※意見書の作成で、違う月が混在してしまう場合には、月ごとに請求していただくか、請求月に記入していただきますようお願いいたします。

【明細書の確認事項】

- ・種別にチェックがされているか
- ・意見書作成料に消費税が含まれてしまっていないか
- ・合計金額の記入がされているか 等

○主治医意見書作成分（税込み）

	在宅	施設
新規者	5,500円	4,400円
継続者	4,400円	3,300円

【お願い】

- ・訂正したい場合には、二重線と訂正印でお願いします。（修正テープ等は使用不可）
※ただし、請求金額を間違えてしまった場合は、新しく書き直してください。
- ・請求書と明細書の様式については、独自の様式で構いませんが、記載内容については裏面の記入例にある各項目をすべて備えたものにしてください。また、書類に不備や誤りがあった場合には、再度提出していただきますので、ご協力をお願いします。

※裏面に記入例があります

【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 請求明細書

明細書の作成年月日の月に
令和 4 年 9 月 25 日

大月市長 様
〔 令和4年 9 月分、10 月分 〕

請求金額 ￥ **8,800**

訂正の場合は、二重線と訂正印
をお願いします。

請求金額の訂正不可

請求 医 療 機 関	名称	〇〇病院	印
	代表者名	大月 太郎	
	所在地	大月市〇丁目〇-〇	

名称・代表者名・所在地及び

当医療機関が行った、介護保険主治医意見書作成に係る手数料については、次のとおり振り込みをしてください。

振込口座

金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号						
〇〇銀行	〇〇支店	①普通 2.当座	1	2	3	4	5	6	7

フリガナ 口座名義	〇〇ホウジン △△カイ 〇〇ヒョウイン ダイエイ オオツキ タロウ
	〇〇法人 △△会 〇〇病院 代表 大月 太郎

口座名義のフリガナは、省略せず、

※市記入欄

上記のとおり相違ないことを確認しました。	
確認月日	令和 年 月 日
確認者名	印

被 保 険 者	フリガナ	オオツキ ハナコ	作成年月日	令和4年 <u>9</u> 月27 日
	氏名	大月 花子	意見書作成料	5,000 円
	被保険者番号	12345679	診断・検査料	円
	生年月日	明大昭 5年1月1日	消費税	500 円
種別	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	計	5,500 円

被 保 険 者	フリガナ	ヤマシタ タロウ	作成年月日	令和4年 <u>10</u> 月7 日
	氏名	山梨 太郎	意見書作成料	3,000 円
	被保険者番号	12345678	診断・検査料	円
	生年月日	明大昭 6年12月31日	消費税	300 円
種別	<input type="checkbox"/> 在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	計	3,300 円

被保険者の欄はすべてご記入してください。
(被保険者番号が分からない場合は、記載不要)

意見書作成料は、税抜きの金額を
ご記入ください。

種別にチェックをお願いします。

被 保 険 者	フリガナ		作成年月日	令和 年 月 日
	氏名		意見書作成料	円
	被保険者番号		診断・検査料	円
	生年月日	明大昭 年 月 日	消費税	円
種別	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	計	円

被 保 険 者	フリガナ		作成年月日	令和 年 月 日
	氏名		意見書作成料	円
	被保険者番号		診断・検査料	円
	生年月日	明大昭 年 月 日	消費税	円
種別	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	計	円

合計金額のご記入をお願いします。

合計	8,800 円
----	----------------

「診断・検査料」は、指定医の場合に請求していただくことができます。
この場合には、「請求明細書付票」も作成してください。