

医師意見書作成料請求書

水戸市長様

令和 年 月 日

申請者	受給者番号 (申請者番号)										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成				性 別	1. 男 2. 女				
		年	月	日							

請求 医療 機関	医療機関名称 代表者名 印	印									
	所在地	〒					-				
		電話番号									

作成依頼日	令 和		年		月		日	意見書作成日	令 和		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
--------	----	-------------	--	-------------	--	----	--	--	--	--	--	---

診察・ 検査費用	内訳	点数				摘要									
	初診料														
	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

請求 額	意見書作成料							円
	診断・検査費用							円
	消費税							円
	合計							円

医師意見書作成料は、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	3,000円

主治医がなく主訴もない者が障害程度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