

医師意見書作成料請求書

水戸市長様

日付は記入しないでください。

令和 年 月 日

申請者	受給者番号 (申請者番号)											請求医療機関	医療機関名称	医療法人〇〇会 〇〇病院									
	(フリガナ)												代表者名	理事長 〇〇 〇〇									
	氏名	該当する箇所を○で囲んでください。											所在地	※スタンプなどを使用する場合はかすれないように注意してください。									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 年 月 日 性別 1. 男 2. 女											水戸市に相手方登録して頂いた医療機関名、代表者の肩書き(例: 理事長)、代表者名を記入してください。										

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
--------	----	-------------	-------------	----	---

該当する箇所を○で囲んでください。

		点数	摘要	
診察・検査費用	初診料		左に○をつけた区分にしたがって、下表の金額(課税前の額)を記入してください。	
	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

「¥0」も記入してください。

消費税額の記入もれに御注意ください。

意見書作成料	¥	4	0	0	0	円
診断・検査費用				¥	0	円
消費税		¥	4	0	0	円
合計	¥	4	4	0	0	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

全ての金額に「¥」を付けてください。
5000円,3000円の場合も同様です

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