

# 医師意見書作成料請求書

年月は記入しないで下さい。

令和 年 月 分

市町村名 水戸市 市町村番号 0 8 2 0 1 6

申請者	申請者番号		請求	医療機関コード	
	フリガナ			医療機関名称	
	氏名	相手方登録通りに記載されています。代表者等、変更がある場合は必ず連絡をお願いします。再度本市に相手方登録をして頂く必要があります。			
	生年月日				

作成依頼日	令和 年 月 日	依頼番号		市町村確認	※
意見書作成日	令和 年 月 日	意見書送付日	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	¥	4	0	0	0	円
--------	----	-------------	-------------	----	---	---	---	---	---	---

該当する箇所を○で囲んで下さい。

診断・検査費用	検査	項目	点数				金額				円	
			1	2	3	4	1	2	3	4		
		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										

左に○をつけた区分にしたがって、下表の金額(課税前の金額)を記入してください。頭に¥を付けてください。

※の欄は記入しないでください

◎太枠は必ず記入してください。「¥0」も記入してください。

消費税額の記入もれに注意してください。

意見書作成料	¥	4	0	0	0	円
診断・検査費用					¥	0
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「¥」を付けて下さい。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