

# 介護保険主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

宍粟市長 様

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

令和 年 月分の介護保険主治医意見書作成料を下記のとおり請求します。

請求金額	円
------	---

内訳

	意見書作成料 (消費税込)	診察・検査費用	合計
他 名分	円	円	円

※新規の場合と口座に変更がある場合のみご記入ください。

振 込 先	金融機関名			金融機関 コード				
	支店名			支店コード (店番)				
	預金種別		口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

請求書発行責任者及び担当者

発行責任者	<input type="checkbox"/> 上記と同じ ・ <input type="checkbox"/> 氏名 :	連絡先 :
担当者	<input type="checkbox"/> 上記と同じ ・ <input type="checkbox"/> 氏名 :	連絡先 :

※発行責任者：代表者等の役員職、担当者：請求事務担当者 をご記入ください。

明 細 書 ※診断区分及び診察検査内容については○で記入ください。

番号	意見書作成 医 師 成 名	対 象 者 氏 名	診 断 区 分		診 察 検 査 内 容		小 計 ( 税 込 )				
			意見書作成料 (税込)	費用 額	1	2		3	4	5	6
1			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
2			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
3			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
4			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
5			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
6			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
7			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
8			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
9			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
10			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
11			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
12			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
13			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
14			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
15			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
16			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
17			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
18			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
19			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
20			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
21			新・継	在・施	1	2	3	4	5	6	円
合 計			円	円	円	円	円	円	円	円	円

意見書作成手数料 (消費税込)

	新 規	継 続
在 宅	5,500円	4,400円
施 設	4,400円	3,300円

番号	診 察 検 査 内 容
1	診 察 ( 初 診 料 )
2	血 圧 検 査 等
3	胸 部 単 純 エ ッ ク ス 線 撮 影
4	血 液 一 般 検 査
5	血 液 化 学 検 査
6	尿 中 一 般 物 質 定 性 ・ 定 量 検 査 な ど