



介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和		7	年		4	月	分
----	--	---	---	--	---	---	---

保険者番号	1	6	2	0	2	4
-------	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者	被保険者番号	3 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 12												
	(フリガナ)	カイゴ タロウ												
	氏名	介護 太郎												
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和		性別	1. 男 2. 女									
		2	2	年		2	月	2	2	日				
	住所	高岡市広小路7番50号												

請 求 医 療 機 関	医療機関コード	9 9 9 9 9 9 9											
	事業所名	〇〇〇〇病院											
	郵便番号	9 3 3 - 9 9 9 9											
	所在地	高岡市〇〇町〇〇〇〇〇〇〇〇〇											
	電話番号	0766-XX-XXXX											

作成依頼日	令和		7	年		4	月		1	日	依頼番号	記載不要				※ 保険者確認					
意見書作成日	令和		7	年		4	月		8	日	意見書送付日	令和		7	年			4	月		8

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設		1. 新規 2. 継続		金額	5	0	0	0	円
--------	----	-------------	--	-------------	--	----	---	---	---	---	---

診 断 ・ 検 査 費 用	内 訳	点 数	摘													
	診 断					税抜きの金額を記載してください。										
	検 査	胸部単純X線撮影					診断・検査費用を算定 する場合は「適用欄」 に詳細等を記載してく ださい。									
		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										

振込先

金融機関名	支店名	種別	口座番号				
〇〇銀行	〇〇支店	普通 当座	XXXXXXXXXX				
口座番号(カタカナ)							
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
〇	〇	ビ	ヨ	ウ	イ	ン	

請 求 額	意見書料	13	5	0	0	0	円
	診断・検査費用	18					円
	消費税			5	0	0	円
	合 計	23	5	5	0	0	円

主治医意見書料は、在宅・施設別、新規・継続（更新

	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

通帳の写し（振込口座名義（フリガナ）の記載があるページ）を添付してください。

主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診療・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積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

※印の欄は記入しないで