

(様式1)

## 介護保険 主治医意見書作成料請求書

医療機関番号

医療機関名称

保険者番号	保険者名	請求件数	請求金額(円)	消費税(円)	請求合計額(円)
182014	福井市				
182022	敦賀市				
182030	武生市				
182048	小浜市				
182055	大野市				
182063	勝山市				
182071	鯖江市				
182089	あわら市				
182097	越前市				
182105	坂井市				
183020	美山町				
183210	松岡町				
183228	永平寺町				
183236	上志比村				
183426	和泉村				
183616	三国町				
183624	芦原町				
183632	金津町				
183640	丸岡町				
183657	春江町				
183665	坂井町				
183814	今立町				
183822	池田町				
184010	南条町				
184028	今庄町				
184036	河野村				
184044	南越前町				
184218	朝日町				
184226	宮崎村				
184234	越前町				
184242	越廼村				
184259	織田町				
184267	清水町				
184416	三方町				
184424	美浜町				
184614	上中町				
184622	名田庄村				
184812	高浜町				
184820	大飯町				
184838	おおい町				
185017	若狭町				
189999	合計				

(様式2)

介護保険 主治医意見書作成料請求書

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

保険者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

被保険者	被保険者番号												
	ふりがな												
	氏名												
	生年月日	1 明治	2 大正	3 昭和									
		年		月			日	性別	1男	2女			

請求医療機関	医療機関番号												
	医療機関名称												
	所在地	〒						-					
	電話番号												

作成依頼日	平成			年			月			日	依頼番号										
意見書作成日	平成			年			月			日	意見書送付日	平成			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
--------	----	------	------	------	------	----	--	--	--	--	--	--	---

診断・検査費用	内 訳		点 数				摘 要					
	診 断											
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

保険者確認欄	
--------	--

請求額	意見書料								円
	診断・検査費用								円
	消費税								円
合 計									円

印の欄は記入しないで下さい