

月遅れ・返戻分の有無に関わらず、
請求月の前月を記入してください。

令和 年 月分 介護保険主治医意見書作成料請求書

保険者

①

市 町 村
広域連合 様

提出先の市町村名を記入してください。
(大阪府や国保連合会等は誤りとなります。)
※くすのき広域連合の解散に伴い、請求先が
広域連合となることはないためご注意ください。

所在地・名称・開設者・連絡
先の記入をお願いします。
また、印鑑の要不要につい
ては、提出先の市町村にお
問い合わせをお願いします。

日

保険医療機関
所在地
名称
開設者氏名
電話

②

印

保険医療機関コード	採択
③	④

採択欄は、
病院／医院 . . . 1
歯科医院 . . . 3
老健施設 . . . 5
介護医療院 . . . B
を記入してください。

7桁のコードを記入
してください。

請求件数
⑤

請求金額
⑥

請求件数は明細書
の枚数を記入

請求金額は明細書
の合計金額を記入

保険者コード
*

HT ①
*

HT ②
*

*印の欄は、記入しないでください。

* 注意 青色の原本以外では受付できません

新様式

介護保険 主治医意見書作成料請求明細書

⑦ 令和8 年 4 月分

市町村名 ○○市 保険者番号 270000

被 保 険 者	被保険者番号	0123456789							請 求 医 療 機 関	医療機関コード	0000000000						
	フリガナ	カイゴ タロウ								医療機関名称	○○医院						
	氏名	介護 太郎								所在地	大阪府○○市○○町○丁目○ー○						
	生年月日	昭和○年○月○日	性別	男				電話番号 00-0000-0000									

⑨
⑩

作成依頼日	令和○年○月○日	依頼番号		保険者確認	※
意見書作成日	令和○年○月○日	意見書送付日	令和○年○月○日		

※ 印の欄は記入しないでください。

意見書作成料 種別 ⑪ 1.在宅 2.施設 1.新規 2.継続 金額 ⑫ 5 0 0 0 円

診断・検査費用	内 訳		点 数		摘 要	
	内 訳	点 数	摘 要	点 数	摘 要	
診 断	診断					
	検 査	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #e0f0e0;"> 本会を通しての診断・検査費用の請求はできないため、記入しないでください。 </div>				
合 計						円

◎太枠は、必ず記入してください。

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

主治医意見書料は、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

市町村が指定医として依頼した場合、意見書を記載するのに必要な診断・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

【新様式明細書の記載項目について】

⑦請求年月	⑧の意見書作成日に記載した作成年月が請求年月となります。
⑧意見書作成日	主治医意見書を作成した年月日を記載します。 なお、作成月には請求できず、作成月の翌月以降にのみ請求できます。 (例：4月1日に作成された場合、4月に請求することはできず、5月以降にのみ請求が可能です。)
⑨医療機関コード	10桁のコードを記載します。 診療所・病院：271 + 保険医療機関コード (7桁) 歯科医院：273 + 保険医療機関コード (7桁) 介護老人施設：275から始まる10桁の事業所番号 介護医療院：27Bから始まる10桁の事業所番号
⑩医療機関名称	医療機関名称を記載します。
⑪意見書作成料種別	(在宅・施設) と (新規・継続) のそれぞれ該当箇所に○をします。
⑫金額	⑪の種別にあわせて、税抜きで主治医意見書料を記載します。
⑬請求額	意見書料・消費税・合計等をそれぞれ記載します。

※請求書（青色）と請求明細書をホッチキス止めのうえご提出をお願いします。

※旧様式と新様式が混在する場合は請求書を分けてご請求をお願いします。

※市町村によって印字箇所が異なる場合があります。

記載漏れ等があった場合は返戻となる場合がありますので、ご注意ください。

※印字内容に誤りがある場合等は請求先の市町村へ直接ご連絡のうえ、訂正等をお願いします。

記載内容に誤り等がある場合は返戻となる場合がありますので、ご注意ください。

※本会を通しての診断・検査費用の請求はできないため、記入しないでください。