

# 介護保険 主治医意見書作成料請求書

令和 年 月 日

久喜市長 あて

医療機関コード	
住 所	
医療機関名	
代表者名	印

介護保険主治医意見書作成料について、  
下記のとおり請求します。

記

必ず代表者印を押印してください。法人印ではお支払いできません。

## 1. 請求金額

金	円 (税込)
---	--------

※太枠の請求金額は訂正ができません。ご注意ください。

## 2. 内 訳

No.	対象者氏名	作成区分 (該当するものに○)				金 額
		在宅新規	在宅継続	施設新規	施設継続	
1		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
2		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
3		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
4		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
5		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
6		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
7		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
8		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
9		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円
10		5,000円	4,000円	4,000円	3,000円	円

※10名以上の場合は、2枚以上に分けてください。

※各区分の定義

施設：介護保険施設のみならず、社会福祉施設及び医療施設であって、書類記入時点で、入院・入所機能を有する施設に入院・入所している者に対し、主治医意見書を記入した場合に選択します。なお、施設入所者であっても、施設の嘱託医でない場合には、在宅区分となります。

継続：過去5年以内に同一人に対し、同一医療機関等が主治医意見書を記入した場合に選択します。

小 計	円
消費税及び地方消費税	円
合計 (請求金額)	円

## 3. 振込指定口座

銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	預金種目	口座番号			
		普通預金 当座預金 その他				
金融機関コード	支店コード					
フリガナ 口座名義人						
※市記入欄	在宅・新規	在宅・継続	施設・新規	施設・継続	検収年月日	
					令和 . . ④	