

ご記入についてのお願い

介護保険施設等で医療機関コードの無い場合は、介護保険事業者番号をご記入ください。

介護保険 主治医意見書作成料請求書

あて

医療機関コード						
住所						
医療機関名						
代表者名						印

必ず代表者印（三文判でも可）を押印して下さい。法人印ではお支払いできません。

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。

医療機関名は、法人名を含め正式名称をご記入ください。

金 円（税込）

※本枠の請求金額は訂正ができません。

2. 内訳

対象者氏名	作成区分（該当するものに○）				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	3,000円	3,000円	円
3	5,000円	4,000円			
4	5,000円	4,000円			
5	5,000円	4,000円			
6	5,000円	4,000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

太枠の請求金額は同額となります。請求金額の訂正はできません。訂正する場合は、新たに請求書を作成し直してください。

※10名以上の場合は、2枚以上に分けてください。

※本区分の定義

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、常設入所施設、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、施設の専任医でない場合には、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	検取年月日		
					令和	-	-

この請求書は、機械にて読取りを行います。医療機関コード、振込指定口座情報等は、

正確に枠内へのご記入をお願いいたします。

請求金額以外は訂正できますが、その場合は訂正箇所にも二重線を引いた上から代表

者の訂正印を押印してください。