介護保険　主治医意見書作成料請求書　　　　　　　　　**（単独用）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

**厚　真　町　長　　様**

|  |
| --- |
| 請　求　医　療　機　関　名・振　込　先 |
| 所　在　地 |
| 医療機関名・代表者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  振込先／　　　　　銀行・信用金庫・信組　　　　支店  　　　　（普・当）　　口座番号 |

**下記のとおり請求いたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | | | 氏 名 | |  | | 住　 　所 | | | | | | | | | | | |
| 厚真町　 　　　　番地　　　号 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 意見書作成日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 意見書作成料 | | | | １、在宅　２、施設 | | | ①  金　　　額 | | | |  | |  | |  | |  | 円 |
| 【診断・検査費用】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診  断  ・検 | 内　　　　　　　　　　　訳 | | | | | 金　　　額（円） | | | | | | | | | |  | | |
| 診　　　断 | | | | |  | |  |  |  | |  | | 円 | |
| 検 | 胸部単純ｘ線撮影 | | | |  | |  |  |  | |  | | 円 | |
| 血液一般検査 | | | |  | |  |  |  | |  | | 円 | |
| 血液化学検査 | | | |  | |  |  |  | |  | | 円 | |
| 査  費  用 | 査 | 尿中一般物質定性・半定量検査 | | | |  | |  |  |  | |  | | 円 | |
|  | | | |  | |  |  |  | |  | |  | |
| ②  　　合　　　計 | | | | |  | |  |  |  | |  | | 円 | |

* 主治医意見書提出依頼書【備考】以外の診断・検査費用がある場合には、

　上記に記入するか、検査項目が分かる資料（レセプト等）を添付願います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求額 | ①意見書作成料 |  |  |  |  |  | 円 |
| ②診断・検査費用 |  |  |  |  |  | 円 |
| 消　費　税 |  |  |  |  |  | 円 |
| 合　　　　　計 |  |  |  |  |  | 円 |