

介護保険 主治医意見書作成料等請求書（記載項目説明）

請求年月	令和 (1) 年 月分
保険者名	(2)
保険者番号	(3)

被 保 険 者	被保険者番号	(9)
	(フリガナ)	(10)
	被保険者氏名	(11)
	生年月日	(12)
	性別	(13) 1.男性 2.女性

請 求 機 関	事業所番号	(4)	
	事業所名称	(5)	
	所在地	〒	(6)
		(6)	
	電話番号	(7)	
	消費税計算方法	(8) 1.切捨て 2.四捨五入 3.切上げ	

作成依頼日	令和 年(14) 月 日	意見書作成日	令和 年(15) 月 日	意見書送付日	令和 年(16) 月 日
-------	--------------	--------	--------------	--------	--------------

意見書作成料	種別	(17) 1.在宅 2.施設	申請	(18) 1.新規 2.継続	金額	(19) 円
--------	----	----------------	----	----------------	----	--------

内 訳		金額	摘 要	
診 断 ・ 検 査 費 用	初診料相当額	(20) 円	(31)	
	検 査	血液採取（静脈）		(21) 円
		末梢血液一般検査		(22) 円
		血液科学的検査判断料		(23) 円
		血液化学検査		(24) 円
		生化学的検査(I)判断料		(25) 円
		尿中一般物質定性・半定量検査		(26) 円
	画 像 診 断	胸部単純X線撮影		(27) 円
		写真診断（胸部）		(28) 円
		フィルム		(29) 円
合 計		(30) 円	(32)	

請 求 額	意見書料	(33) 円
	診断・検査費用	(34) 円
	消費税	(35) % (35) 円
	合計	(36) 円

記載項目説明

項番	項目名称	必須項目	説明	
1	請求年月	○	請求書を請求する年月を記載してください。	
2	保険者名	○	作成依頼のあった市町名を記載してください	
3	保険者番号	○	国保の保険者番号を記載してください。 (介護保険・後期高齢者医療の保険者番号は記載しないでください)	
4	請求事業所	事業所番号	○	10桁数字(351+医療事業所番号又は355+老人保健施設番号)を記載してください。
5		事業所名称	○	指定を受けた事業所名(医療機関名)を記載してください。
6		所在地	○	指定を受けた事業所(医療機関)の郵便番号・所在地を記載してください。
7		電話番号	○	保険者、国保連合会からの照会連絡先電話番号を記載してください。
8		消費税計算方法	○	事業所で取り扱う計算方法を選択して、数字で記載してください。
9	被保険者	被保険者番号	○	主治医意見書作成依頼書に記載された介護保険被保険者番号を記載してください。
10		被保険者氏名(フリガナ)	○	主治医意見書作成依頼書に記載されたフリガナを記載してください。
11		被保険者氏名	○	主治医意見書作成依頼書に記載された漢字氏名を記載してください。
12		生年月日	○	主治医意見書作成依頼書に記載された生年月日を記載してください。
13		性別	○	主治医意見書作成依頼書に記載された性別を選択して、数字で記載してください。
14	作成依頼日	○	意見書の作成を依頼された年月日を記載してください。	
15	意見書作成日	○	意見書を作成された年月日を記載してください。	
16	意見書送付日	○	意見書を依頼保険者に送付した年月日を記載してください。	
17	種別(1)	○	意見書の作成種別(在宅・施設別)を選択して、数字で記載してください。	
18	種別(2)	○	意見書の作成種別(新規・継続別)を選択して、数字で記載してください。	
19	金額	○	意見書作成料の金額を記載してください。(消費税を含まない)	
20	診察料相当額	△	診察料相当額を金額で記載してください。	
21	血液採取(静脈)	△	血液採取(静脈)料を金額で記載してください。	
22	末梢血液一般検査	△	末梢血液一般検査料を金額で記載してください。	
23	血液科学的検査判断料	△	血液科学的検査判断料を金額で記載してください。	
24	血液化学検査	△	血液化学検査を金額で記載してください。	
25	生化学的検査(I)判断料	△	生化学的検査(I)判断料を金額で記載してください。	
26	尿中一般物質定性・半定量検査	△	尿中一般物質定性・半定量検査料を金額で記載してください。	
27	胸部単純X線撮影	△	胸部単純X線撮影料を金額で記載してください。	
28	写真診断(胸部)	△	写真診断(胸部)料を金額で記載してください。	
29	フィルム	△	使用されたフィルムを金額で記載してください。	
30	合計	△	診断・検査費用の合計を金額で記載してください。	
31	血液科学検査名	△	実施された血液科学検査名を記載してください。	
32	フィルム規格	△	使用されたフィルムの規格を記載してください。	
33	意見書料	○	意見書作成料の金額を記載してください。	
34	診断・検査費用	△	診断・検査費用の合計金額を記載してください。(消費税を含まない)	
35	消費税	○	意見書作成料、診断・検査費用の合計金額にかかる消費税率、税額を記載してください。	
36	合計	○	意見書料、診断・検査費用、消費税の合計金額を記載してください。	

必須項目欄について

○=必ず入力してください

△=実施がある場合は入力してください。