

## 医師意見書作成料請求明細書

令和		年		月分
----	--	---	--	----

市町村名	鞍手町	市町村番号	4	0	4	0	2	0
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

申請者	申請者番号		請求医療機関	医療機関コード	
	フリガナ			医療機関名称	
	氏名			所在地	
	生年月日				

作成依頼日	令和 年 月 日	依頼番号		市町村確認	※
意見書作成日	令和 年 月 日	医師意見書送付日	令和 年 月 日		

※の欄は記入しないでください

意見書作成料	種別	1. 在宅	2. 施設	1. 新規	2. 継続	金額						円
--------	----	-------	-------	-------	-------	----	--	--	--	--	--	---

診断・検査費用	内 訳		点 数		摘 要							
	診断											
検査	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											
合 計												円

◎太枠は必ず記入してください。

請求額	医師意見書作成料							円
	診断・検査費用							円
	消費税							円
	合 計							円

医師意見書作成料は、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

主治医がなく主訴もない者が障害支援区分認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・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精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