

# 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。

医療機関名は、法人名含め正式名称をご記入ください。

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請求書

修一 あて

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

主治医意見書作成料について、下記のとおり請求します。

金	円（税込）
---	-------

※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	2,000円	円
2	5,000円	4,000円	4,000円	2,000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	2,000円	円
8	5,000円	4,000円	4,000円	2,000円	円
9	5,000円	4,000円	4,000円	2,000円	円
10	5,000円	4,000円	4,000円	2,000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、要介護入所者で、入院・入所施設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、施設の福祉院でない場合には、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
<b>合計（請求金額）</b>	<b>円</b>

### 3. 振込指定口座

銀行	本店	預金種目	口座番号			
信用金庫	支店	普通預金				
信用組合	出張所	当座預金				
金融機関コード	支店コード	その他				
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	収取年月日	
					令和 - - 年 - - 日	

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は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。