第　　　　　　号

　年　月　日

○○市（町村）長

**介護保険　主治医意見書作成料請求について**

作成された「介護保険主治医意見書」の作成料について、同封する「介護保険　主治医意見書提出

依頼書（一覧）」を記入のうえ、ご返送ください。

主治医意見書料は、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 |

市町村が指定医として依頼した場合、意見書を記載するのに必要な診断・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積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

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |