

月遅れ・返戻分の有無に関わらず、  
請求月の前月を記入してください。

# 令和 年 月分 介護保険主治医意見書作成料請求書

保険者

①

市 町 村  
広域連合 様

提出先の市町村名を記入してください。  
(大阪府や国保連合会等は誤りとなります。)  
※くすのき広域連合の解散に伴い、請求先が  
広域連合となることはないためご注意ください。

所在地・名称・開設者・連絡  
先の記入をお願いします。  
また、印鑑の要不要につい  
ては、提出先の市町村にお  
問い合わせをお願いします。

日

保険医療機関  
所在地  
名称  
開設者氏名  
電話

②

印

保険医療機関コード	採択
③	④

採択欄は、  
病院／医院 . . . 1  
歯科医院 . . . 3  
老健施設 . . . 5  
介護医療院 . . . B  
を記入してください。

7桁のコードを記入  
してください。

請求件数
⑤

請求金額
⑥

請求件数は明細書  
の枚数を記入

請求金額は明細書  
の合計金額を記入

保険者コード
*

HT ①
*

HT ②
*

\*印の欄は、記入しないでください。

\* 注意 青色の原本以外では受付できません

※市町村によって様式や印字箇所が異なる場合があります。  
記載漏れ等についてはご注意願います。

## 介護保険法による主治医の意見書の作成料請求明細書

令和 ⑦ 年 月 請求分

⑧の意見書作成年月日の  
作成年月が請求年月となり  
ます。

下記請求明細書を記入のうえ、保険者ごとに請求書を添えて大阪府国民健康保険団体連合会へ提出してください。

被 保 険 者 情 報	保険者番号		主治医意見書を作成した年月日を記載します。 ※本明細書を作成した日付ではないことにご留意願います。 なお、作成月には請求できず、作成月の翌月以降にのみ請求できます。 (例:4月1日に主治医意見書作成された場合、4月に請求することはできず、5月以降にのみ請求が可能です。)
	保険者名		
	被保険者番号		
	フリガナ		
	被保険者氏名		
	性 別		
	生年月日		
	住 所		
	依頼年月日		
	意見書作成年月日	⑧	
医 療 機 関 情 報	保険医療機関コード	⑨	特に記載漏れが多い箇所になるため、ご注意ください。
	保険医療機関名	⑩	
	作成区分	⑪	作成区分と請求金額の不一致に注意してください。
	請求金額	⑫	

作成区分及び請求金額（消費税を含めた額）は次のとおりです。

1. 在宅新規 . . . 5,000円 + 消費税
2. 施設新規 . . . 4,000円 + 消費税
3. 在宅継続 . . . 4,000円 + 消費税
4. 施設継続 . . . 3,000円 + 消費税

記載項目のうち、あらかじめ保険者で記入が可能なものについては、すでに記入されています。記入がない欄については医療機関（介護老人保健施設、介護医療院を含む）で記入します。記載漏れ・記載誤りがあった場合は返戻となるため、保険者にて記入がない箇所・誤っている箇所については、必ずご記入・ご修正いただいたうえでご請求いただくようご注意願います。