

記入例

障害者総合支援法 医師意見書作成料請求書（兼 口座振替依頼書）

平成〇〇年〇〇月〇〇日

岡山市長 大森 雅夫 様

* 請求者氏名欄には病院名（施設名）と代表者名（院長、理事長等の役職名を含む）を記入してください。

請求者

住所（所在地）岡山市〇区〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名（名称） 医療法人〇〇〇会〇〇〇病院
院長 〇〇 〇〇



連絡先 (086) 〇〇〇-〇〇〇〇

障害者総合支援法に係る医師意見書の作成料について、下記の指定口座に振り込まれるよう請求します。

振込先金融機関名	〇〇銀行	金融機関支店名	〇〇支店
口座名義人氏名	医療法人〇〇〇会〇〇〇病院 院長 〇〇 〇〇	口座名義人フリガナ	イヨウホクジン〇〇カイ〇〇ビョウイン イチョウ〇〇〇〇
預金の種類	普通	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇

* 預金の種類は 当座・普通 のどちらかを記入してください。

対象者氏名		〇〇 〇〇		
意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	
			5,000 円	
診断・検査費用	診断等		円	
	検査	血液採取（静脈）		円
		末梢血液一般検査		円
		血液学的検査判断料		円
		血液化学検査（10項目以上）		円
		生化学的検査（I）判断料		円
		尿中一般物質定性半定量検査		円
		単純撮影（アナログ撮影）		円
		単純撮影（デジタル撮影）		円
		写真診断（胸部）		円
フィルム（大角）			円	
小計			5000 円	
消費税			400 円	
請求額合計			5400 円	

* 主治医意見書作成料は、以下の金額を参考にしてください。（別途必要に応じて消費税を算定してください。）

* 訂正の場合は誤った部分に二重線を引いていただき訂正印を押印のうえ、上に正しい内容を記載してください。（修正テープ不可、訂正印は請求者の印と同一のものに限ります。）

	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もの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ます。

【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量検査