

記入例

医師意見書作成料請求書

日付は記入しないでください

年 月 日

岩国市長 様

対象者	フリガナ	イwakuni タロウ
	氏 名	岩国 太郎
	生 年 月 日	昭和〇年 ■月 △日
作成依頼日		令和 △年 ○月 ■日
意見書作成日		令和 △年 ○月 ■日

請求医療機関	住 所	岩国市今津
	法 人 名	
	医療機関名	
	代表者氏名	〇〇法人 ◇◇会 △△△病院 理事長 ●● ●●

押印不要

法人の場合、必ず「理事長」などの肩書を記入してください。個人事業者の場合でも、口座名義や相手方登録に「院長」などの肩書がある場合は、同肩書を記入して下さい。

種 別	① 在宅 ② 施設	1. 新規 ② 継続	意見書作成料（税抜）（A）	4	0	0	0	円
診断・検査費用	内 訳	点数	摘 要					
	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							
	計							
			診断・検査費用（B）					円
			消費税（C）		4	0	0	円
			請求金額合計（A+B+C）	4	4	0	0	円

該当の種別にマルをつける

※ご注意ください※
金額の訂正はできません。
((A)・(B)・(C) 及び 請求金額合計)

請求書様式は市ホームページから
ダウンロード可能です📎
<https://www.city.iwakuni.lg.jp/site/syougaihukusi/8484.html>

該当がある場合のみ記入

振込先	金融機関名	〇〇銀行	支店名	△△支店
	普通 当座		口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義人（カナ）	〇〇ハウジン〇〇カイ	△△△ビョウイン	リジチョウ ●● ●●

発行責任者氏名		担当者氏名		連絡先電話番号	()
---------	--	-------	--	---------	-----

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

	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

この枠内は必ずご記入ください。
(氏名はフルネーム)

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