**意　見　書**

　　年　　月　　日

介護保険請求書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　先 | 湧別町長　　様 |  | 請求医療機関 | 所 在 地 |  |
| 名　　称 |  |
| 代表者名 | 印 |

※ 医療法人等の場合の請求印は、法人等の代表印でお願いします。

　　　　　　**請　求　金　額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円　也**

　　　　　　　　　但し、　　　 年　 月分 介護保険・主治医意見書作成料等として請求します。

（請求内訳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　 　 分 | 意　見　書　料 | 主治医検査料等 | 計 |
| 施　　設 | 在 　宅  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 | 　円 |
| 円 | 円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 　円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 消　　　費　　　税 |  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |  　　　 　　円 | 　　円 |
| 計 |  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |  　　　 　　円 | 　円 |

※請求単価

\* 件数が多い場合は別葉とする。

\* 主治医意見書料等は左表の金額とする。（但し、消費税別途課税）

\* 施設とは、入所中の対象者を当該施設の医師が記載した場合とする。

\* 在宅とは、対象者が施設に入所してない者又は退所後の者に対し医師が記載した場合とする。

\* 振込先金融機関は、必ず記載してください。

\* 本様式は湧別町専用とする。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 施 設 | 在　　宅 | 主治医検査等料 |
| 新規 | 4,000 円／件 | 5,000 円／件 | 別紙のとおり |
| 更新 | 3,000 円／件 | 4,000 円／件 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振 込 先金融機関 | 　　銀行・信用金庫　　　　　　　　本店・支店　 　　　 　　　本所・支所 | 口座名義（フリガナ） |
| 普通　・　当座 |  |  |  |  |  |  |  |

※請求医療機関と口座名義人が異なる場合は、委任状（任意様式）を必ず添付願います。

【 別　紙 】

（請求内訳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　 　 分 | 意　見　書　料 | 主治医検査料等 | 計 |
| 施　　設 | 在 　宅  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 | 　円 |
| 円 | 円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 　円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新・更 | 新・更 |  　　　 　　円 | 　円 |
| 円 | 円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 　円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新 ・ 更 | 新 ・ 更 |  　　　 　　円 |  　　　 　円 |
|  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |
| 氏　名 |  |
| 消　　　費　　　税 |  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |  　　　 　　円 | 　　円 |
| 計 |  　　　 　　円 |  　　　 　　円 |  　　　 　　円 | 　円 |