

【 記 入 例 】

介護保険 主治医意見書作成料請求

年月日は記入しないで下さい。

令和 年 月 日

会津若松市長

請求医療機関名

債権者登録申請書
と同一名称及び代
表者押印をお願い
します。

意見書記入年月を記入
して下さい。

年 月 分主治医意見書作成料

所在地 ○○○市○○○町○○番○○号
名称 ○○○○ 病院
代表者 ○○○ ○○
電話番号 ○○○○-○○-○○○○
FAX番号 ○○○

代表印を押す場合は
鮮明に押印願います。

押印しない場合は発行責任
者及び担当者欄に記載願
います。

金額	¥	2	5	4	1	9
----	---	---	---	---	---	---

数字は右詰めで記
入して下さい。

内容		数量	単価	金額 (円)				
意見書作成料	在宅	新規	2	5,000	1	0	0	0
		継続		4,000				
	施設	新規	1	4,000	4	0	0	
		継続		3,000				
基本的診察料	診療所	1	2,910	2	9	1		
	病院		2,910					
基本検査料				6	1	9	9	
消費税				2	3	1	0	
合計				2	5	4	1	9

金額の訂正は出来な
いので、お間違いの
際は、お手数ですが、
書き直し願います。

「基本検査
料内訳」の
合計欄右下
の金額を記

小数点以下切捨

振込先	○○ 銀行	○○ 支店	口座	普通 当座	口座番号	○○○○○○○○
-----	-------	-------	----	-------	------	----------

「振込先」、「口座種目」、「口座番号」は毎回必ず記入して下さい。

- ※ 住所、口座その他の届出内容に変更があったときは、債権者登録(変更)申請書を提出してください。
- ※ 押印を省略する場合は、下記の発行責任者及び担当者欄に必ず記載してください。

発行責任者及び担当者

発行責任者 役職・氏名 ○○・○○ ○○ (連絡先Tel ○○○○-○○-○○○○)
担当者 役職・氏名 ○○・○○ ○○ (連絡先Tel ○○○○-○○-○○○○)

- 注) 1 押印省略時に「発行責任者及び担当者」両者の氏名及び連絡先の記載がない場合は受理できません。
ただし、両者が同一人物の場合は、「同上」も可とします。
2 発行責任者及び担当者の在籍を確認する場合があります。在籍が確認できなかった場合は受理できません。

[主治医意見書作成者一覧] 令和 2 年 4 月分 (会津若松市)

医療機関名

No.	被保険者番号 氏名	在宅		施設		基本的診察		基本検査	備考
		新規	継続	新規	継続	診療所	病院		
1	0000001234 会津 太郎 生年月日 M・T・S 1年 3月 11日	<input type="radio"/>							令和 2 年 4 月 5 日作成
2	00007654321 若松 花子 生年月日 M・T・S 1年 3月 11日				<input type="radio"/>				令和 2 年 4 月 12 日作成
3	<input type="text"/> 生年月日 M・T・S 年 月 日								令和 年 月 日作成
4	<input type="text"/> 生年月日 M・T・S 年 月 日								令和 年 月 日作成
5	<input type="text"/> 生年月日 M・T・S 年 月 日								令和 年 月 日作成
6	<input type="text"/> 生年月日 M・T・S 年 月 日								令和 年 月 日作成
7	<input type="text"/> 生年月日 M・T・S 年 月 日								令和 年 月 日作成
8	<input type="text"/> 生年月日 M・T・S 年 月 日								令和 年 月 日作成
9	<input type="text"/> 生年月日 M・T・S 年 月 日								令和 年 月 日作成
10	<input type="text"/> 生年月日 M・T・S 年 月 日								令和 年 月 日作成
計		1			1				

記入した方の名前を記載し、当
てはまる区分に○をつけてくださ
い。また、備考欄には主治医意
見書を作成した日付を記入してく

基本検査を実施した際は、必ずこの内訳を添付してください。

《記入例》

基本検査料内訳

No.	被保険者番号 氏名	血液採取 (静脈) 400	抹消血液 一般検査 210	血液学的 検査 判断料 1,250	血液化学 検査 (10項目以上) 1,030	生化学的 検査(I) 判断料 1,440	尿中 一般物質 定性半 定量検査 260	単純撮影			写真 診断 (胸部) 850	フィルム (大角) 115	計 (円)
								アナログ 600	デジタル 680	電子化 加算 570			
1	00000001234 会津 太郎 M・T・S 1年 3月 11日	○	○	○	○	○	○		○	○	○		6,690
2	00007654321 若松 花子 M・T・S 10年 7月 2日	○	○	○	○	○	○	○			○	○	6,155
3	<input type="text"/> M・T・S 年 月 日												
4	<input type="text"/> M・T・S 年 月 日												
5	<input type="text"/> M・T・S 年 月 日												
6	<input type="text"/> M・T・S 年 月 日												
7	<input type="text"/> M・T・S 年 月 日												
8	<input type="text"/> M・T・S 年 月 日												
9	<input type="text"/> M・T・S 年 月 日												
10	<input type="text"/> M・T・S 年 月 日												
合 計													12,845

↑
検査を実施した項目に○
を付けてください

合計金額を、請求書の
基本検査料の欄に
記入してください

債権者登録（変更）申請書

記入例

会津若松市長

下記のとおり申請します。

名称 (申請者)	新規 (変更前)	法人名	フリガナ ○○○○○○○○ピョウイン			代表者・個人印
		支店名	○○○○○ 病院			代表者印
		職・氏名	フリガナ ○○○○ ○○○○ ○○○ ○○			
	変更後	法人名	フリガナ			代表者・個人印
		支店名				
		職・氏名	フリガナ			
住所	新規 (変更前)	住所	〒965-0000 福島 都道府(県) 会津若松市 東栄町12-34			
		電話番号	0242 (39) 1234	FAX番号	()	
	変更後	住所	〒 - 都道府県			
		電話番号	()	FAX番号	()	
	口座 (通常払)	新規 (変更前)	金融機関	あいづ (銀行) 信金・農協・信組・その他	わかまつ (支店) 出張所	
			口座番号	1 2 3 4 5	預金種別 (普通) ・ 当座	
口座名義			フリガナ ○○○○○○○○ピョウイン ○○○○ ○○○○ ○○○○○ 病院 ○○○ ○○			
変更後		金融機関	銀行・信金・農協・信組・その他	支店・出張所		
		口座番号		預金種別 普通 ・ 当座		
		口座名義	フリガナ			
口座 (工事前払金)	新規 (変更前)	金融機関	銀行・信金・農協・信組・その他	支店・出張所		
		口座番号		預金種別 普通 ・ 当座		
		口座名義	フリガナ			
	変更後	金融機関	銀行・信金・農協・信組・その他	支店・出張所		
		口座番号		預金種別 普通 ・ 当座		
		口座名義	フリガナ			

※変更の場合は名称(新規の欄)と変更する項目の変更前及び変更後を記入し、代表者または個人印を押印してください。

●主管課、会計課使用欄	処理区分	相手方番号	課名	高齢福祉課	担当者印
新規登録月日	1 新規		処理日		
令和 年 月 日	2 変更				

※主管課は太枠の中をすべて記入、押印してください。(内線 2424)
 ※新規の場合は処理区分の「1新規」を○で囲み、新規登録月日を記入してください。
 ※変更の場合は処理区分の「2変更」を○で囲み、相手方番号を記入してください。