

ご注意頂きたい点

介護保険主治医意見書作成料請求書

(あて先)
戸田市長
(健康長寿課取扱)

訂正をされる場合は**請求印と同じ印鑑**で訂正印を押して下さい

スタンプ印不可です。
朱肉を使うタイプの印鑑を押して下さい。



意見書をご記入いただいた月をご記入下さい。

医療機関名
代表者職氏名
所在地
電話番号

請求金額は**訂正ができません**。間違えた場合は書き直しになります。

年		月		作成分							
区分		件数	単価	小計	合計	消費税	請求金額				
在宅	新規	件	×5,000円	円	円	円	円				
	更新	件	×4,000円	円							
施設	新規	件	×4,000円	円							
	更新	件	×3,000円	円							

	介護保険被保険者番号				氏名		在宅		施設		備考
							新規	更新	新規	更新	
1											
2											
3											
4											
5											
《振込											
金融機									支店名		支店
口座									口座番号		
フリガナ											
口座名義											

【在宅、施設の区分】
 <在宅>
 対象者が認知症対応のグループホームや自宅等にいる場合。入院中の対象者を別の病院の医師が書く場合。
 ○印計
 <施設>
 対象者が医療機関に入院、介護老人保健施設に入所の場合。特別養護老人ホームに入所、有料老人ホームに入居しており、嘱託医が記入する場合。

【新規、更新の区分】
 <新規>
 初めてその対象者の意見書を書く場合
 <更新>
 その対象者の意見書を**過去3年以内**に書いたことがある場合

《お願い》

- ※ 請求書は1月ごとにまとめて、当月作成分を翌月15日までにご提出ください。
- ※ 債権者（受取人）と振込先が異なる場合は、委任状が必要となりますので、担当までご連絡ください。
- ※ 意見書作成料の請求は、この用紙を使用してください。
- ※ 請求金額を訂正したものはお受け取りできません。新たに用紙を使用してください。
- ※ 請求印がスタンプ印による請求はお受け取りできません。

戸田市健康福祉部健康長寿課介護保険担当
〒335-8588 戸田市上戸田1-18-1 048(441)1800