Ｒ６．６　　　　　　横浜市介護保険主治医意見書に伴う診察・検査料請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　請求書番号

横浜市　　　　　　区長　 　令和　年　　月　　日

**振込先金融機関 　 　 　　　　　　　 　請　求　者　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月分**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行・信用金庫  　　　　　　　　　　本・支店、出張所  口座番号 　　　　　　　　普通・当座 | | | | | | | | |  | **（所在地）**  **（名　称）**  **（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**  **TEL　　　（　　　　）**  **左記に指定する金融機関へ振込をお願いいたします。** |
|
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  口　座  名義人 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | * **左記口座名義人が請求者と異なる場合のみ下記に署名・捺印してください。**   **代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印** |
|  |

　下記の者の主治医意見書の作成にあたり、基本的な診察及び基本的な検査を実施致しましたので請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介 護 保 険  被 保 険 者 | 介護保険被保険者番号 |  | | | | | | | | | |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  | | | | | | | | | |
| 氏　　　 名 |  | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | １ 明治 ２ 大正 ３ 昭和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請 求 合 計 金 額 |  |  |  |  |  | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診察／検査 | 実　施　項　目 | | | | | 単価（円） | 請　求　金　額 |
| 基本的な診察 | □ | 初診料相当額 | | | | ２,９１０ |  |
| 基本的な検査 | □ | 血液採取（静脈） | | | | ４００ |  |
| □ | 血液学的検査 | 末梢血液一般検査 | | | ２１０ |  |
| 判断料 | | | １，２５０ |  |
| □ | 生化学的検査Ⅰ  血液化学検査 | １０項目以上 | | | １，０３０ |  |
| 判断料 | | | １，４４０ |  |
| □ | 尿中一般物質定性半定量検査 | | | | ２６０ |  |
| □ | 胸部単純Ｘ線撮影 | | 単純撮影 | アナログ | ６００ |  |
| デジタル | ６８０ |  |
| 電子化加算 | ５７０ |  |
| 写真診断（胸部） | | ８５０ |  |
| フィルム（大角） | | １２０ |  |
| 小　　　　　　　　　計 | | | | | | |  |
| 消　費　税　相　当　額 | | | | | | |  |

* 実施項目の□にチェックをし、請求金額をご記入下さい。なお、消費税の端数（小数点以下）は、切り捨てで計算してください。
* 主治医意見書作成料は、主治医意見書の提出のみで、あらかじめ指定された口座に振り込ませていただきますので、請求は不要です。