記入例

障害者総合支援法　医師意見書作成料内訳書

・・記入不要です

※欄はご記入不要です。

申請者	受給者番号（申請者番号）	※				請求医療機関	事業所名称	医療法人墨田会　墨田病院
	（フリガナ）氏名	スミダ　ハナコ 墨田　花子					所在地	〒130－8640 墨田区吾妻橋1－23－20 電話番号 03（5608）6164
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	元 年 4月 1日	性別	1. 男 2. 女			

※作成依頼日	令和	年		月		日	依頼番号	※						区確認欄	※
意見書作成日	令和 3	年	4	月	1	日	意見書送付日	令和 3	年	4	月	9	日		

・該当欄に○をご記入ください。

	在宅		施設入所	
新規	○	５，０００円		４，０００円
継続（更新）		４，０００円		３，０００円

・請求金額をご記入ください。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。

内訳			単価（円）	請求金額（円）					摘要
医師意見書作成料					5	0	0	0	
診察・検査費用	初診料		２，８８０						
	検査	血液採取（静脈）	３７０						
		末梢血液一般検査	２１０						
		血液学的検査判断料	１，２５０						
		血液化学検査（１０項目以上）	１，０６０						
		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						
		胸部単純エックス線撮影（アナログ撮影の場合）	６００						
		胸部単純エックス線撮影（デジタル撮影の場合）	６８０						
		写真診断（胸部）	８５０						
		フィルム（大角）	１１５						
消費税						5	0	0	
合計					5	5	0	0	