障害者総合支援法　医師意見書作成料内訳書

請求書・支払金口座振替依頼書の依頼人の医療機関名と同一

・・記入不要です

記入例

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 受給者番号(申請者番号) | ※ |
| (フリガナ)氏名 | **スミダ　ハナコ** |
| **墨田　花子** |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求医療機関 | 医療機関名 | 医療法人墨田会　墨田病院 |
| 所在地 | 〒 | 1 | ３ | ０ | － | ８ | ６ | ４ | ０ |  |
| 墨田区吾妻橋１－２３－２０電話番号 03（５６０８）６１６４ |  |

※欄はご記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※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 ６ | 年 | ４ | 月 | １ | 日 | 意見書送付日 | 令和　６ | 年 | ４ | 月 | ９ | 日 |  |

**・該当欄に〇をご記入ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 在宅 | 施設入所 |
| 新規 | **〇** | 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 | ２，９１０ |  |  |  |  |  |  |
| 検査 | 血液採取（静脈） | ４００ |  |  |  |  |  |  |
| 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） | １，０３０ |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |