

障がい支援区分医師意見書作成料内訳書

申請者	受給者番号 (申請者番号)										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成				性 別	1. 男 2. 女				
		年	月	日							
請求医療機関	医療機関名称										
	所在地										
	電話番号										

作成依頼日	平成	年	月	日	依頼番号						市町村確認	※
意見書作成日	平成	年	月	日	意見書 送付日	平成	年	月	日			

※の欄は記入しないでください

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	金額						円
--------	----	-------------	-------------	----	--	--	--	--	--	---

診断・検査費用	内訳		点数				摘要					
	診断											
	検査	胸部単純 X 線撮影										
		血液一般検査										
		血液化学検査										
		尿中一般物質定性・半定量検査										
合計						点数合計×10円						円

請求書	意見書作成料					円
	診断・検査費用					円
	消費税					円
	合計					円

医師意見書作成料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

主治医がなく主訴もない者が障害支援区分認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき精算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

- ・胸部単純 X 線撮影
- ・血液一般検査
- ・血液化学検査
- ・尿中一般物質定性・半定量検査