

(あて先)  
広島市長

令和 年 月 日

医療機関名  
代表者名  
所在地 〒 -  
電話番号 ( ) -  
医療機関コード 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 広島市障害支援区分医師意見書作成料請求書

下記の者の医師意見書作成料について次のとおり請求します。

金 \_\_\_\_\_ 円

受給者番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

性別 男・女

意見書提出依頼日 令和 年 月 日

意見書作成日 令和 年 月 日 (意見書送付日 令和 年 月 日)

(内訳)

意見書作成料	1. 在宅・新規(5,000 円)	2. 施設・新規(4,000 円)	金額(税別) (a)
	3. 在宅・継続(4,000 円)	4. 施設・継続(3,000 円)	円

主訴、寝たきり等がない場合、意見書記載に医師が必要と認めて実施した診察・検査等（以下のものに限る）に対し、下記の金額を請求できます。

項目		金額(税別)	実施したもの
診察	初診料 (診療所)	2,820 円	
	初診料 (病院)	2,820 円	
検査	血液採取 (静脈)	200 円	
	末梢血液一般+血液学的検査判断料	1,460 円	
	血液化学検査(10項目以上)+生化学的検査(I)判断料	2,610 円	
	尿中一般物質定性半定量検査	260 円	
胸部 X 線検査(単純撮影(デジタル)+写真診断+大角フィルム)		1,647 円	
合計 (税別) (b)			円

(注)主訴等がある場合の医師意見書記載に必要な診察・検査等は医療保険にご請求ください。

合計 (a) + (b) + 消費税	円
--------------------	---

(※小数点以下、切り捨て)