

主治医意見書作成料の請求等について

平成 31 年 4 月

福島県国民健康保険団体連合会

介護福祉課

目次

1 主治医意見書作成料請求書の提出について	……P2
2 主治医意見書料、診断・検査費用について	……P3
3 介護保険主治医意見書作成料請求総括票(様式1号)及び請求書(様式2号)の 記入方法	……P5
4 介護保険主治医意見書作成料請求総括票(様式1号)の記入例	……P7
5 介護保険主治医意見書作成料請求書(様式2号)の記入例	……P8
6 請求書等の提出方法	……P9
7 主治医意見書作成料支払業務スケジュール	……P10
8 介護保険事業所の請求及び受領に関する届の記入例	……P12
9 福島県介護保険者 保険者番号一覧	……P13
(付録)請求及び支払に関する各様式	……P14

1 主治医意見書作成料請求書の提出について

(1)はじめに

本会は、福島県内の介護保険者から委託を受けて、主治医意見書作成料請求書の受付から支払いまで一連の点検支払事務を行います。

未委託の県内保険者及び他県保険者については、現行どおり直接該当する保険者に提出してください。

なお、連合会への委託の有無については、該当保険者及び本会にご確認ください。

※主治医意見書については、直接該当する保険者に提出してください。

(2)「介護保険事業所の請求及び受領に関する届」の提出

請求を開始する前には上記届出の提出が必要となります。

届出様式は、本会より郵送いたしますので本会事務担当までご連絡ください。(※P12 様式参照)

※ 次の住所に郵送もしくは持参してください。

〒960-8043

福島県福島市中町3番7号

福島県国保連合会 介護福祉課介護保険係 宛

《事務担当》介護福祉課介護保険係 TEL 024-523-2871

(3)受付締切日

毎月10日(午後5時必着)

※ 介護給付費請求書及び診療報酬請求書と同様、10日が土日祝日の場合も開館し受付を行っております。

※ 締め切りを過ぎての受領はできませんのでご承知ください。

(4)提出方法

紙帳票での提出となります。

※ 伝送での提出はできません。

※ 診療報酬及び介護報酬の請求と別封筒での提出にご協力ください。

2 主治医意見書料、診断・検査費用について

(1) 主治医意見書料

	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

(2) 診断・検査費用

主治医がなく主訴もない者が要介護認定申請を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料相当額及び医師の判断に応じて行った検査等に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができます。

なお、その際の単価については以下のとおりとなります。

ア 診断費用 (平成 30 年 4 月改正)

区分	費用額
初診料相当	2,820 円

イ 医師の判断に応じて行った検査

区分	費用額	
血液採取(静脈)	300 円	
末梢血液一般検査	210 円	
血液学的検査判断料	1,250 円	
血液化学検査(10 項目以上)	1,120 円	
生化学的検査(I)判断料	1,440 円	
尿中一般物質定性半定量検査	260 円	
胸部単純 X 線撮影	アナログ撮影	600 円
	デジタル撮影	680 円
写真診断(胸部)料	850 円	
フィルム(大角 1 枚)	116 円	

※ この項目に示すものは各項目とも上限となります。したがって、請求にあたっては実際に行った検査費用のみを請求することとし、例えば血液化学検査において5項目のみ実施した場合、診療報酬単価を用いて積算した費用(5～7項目 930 円、8～9項目 990 円)の請求となります。

ウ【平成11年9月6日厚生労働省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室発出 主治医意見書記載に係る対価の取扱いより抜粋】

原則として、寝たきりや主訴があり、医療が必要なものについては、提供されている医療に基づき意見書を記載するものであり、往診が行われた場合についてもその費用は医療保険の対象である。一方、寝たきり等がない者については、通常、医療機関を受診することは可能であると考えられるので、意見書の記載のみを目的として、市町村が指定する医師が、診断を受ける者のために申請者宅等を訪問することは想定していない。

ただし、例外的には、医療を受けることを拒否している寝たきり等の申請者を医師が訪問する必要がある場合があり、この場合は、意見書記載にかかる費用、初診料に相当する費用及び上記の検査に要する費用についてのみ対象とし、交通費に相当する費用等それ以外の費用が生ずる場合であっても、当該費用は申請者の自己負担とする。

3 介護保険主治医意見書作成料請求総括票(様式1号)及び請求書(様式2号)

の記入方法

介護保険主治医意見書作成料請求総括票(様式1号)及び請求書(様式2号)の記入方法等については以下のとおりとなります。

なお、様式は本会ホームページに掲載しておりますので、ダウンロードしてご活用ください。

(参照) URL <http://www.fukushima-kokuho.jp/> 介護保険事業所の方へ

(1) 介護保険主治医意見書作成料請求総括票(様式1号)

ア 作成単位

請求月に1枚作成。(月遅れ請求も含める。)

※ 請求書が1枚の場合でも必ず添付してください。

イ 記載内容

項目	内容
請求年月分	請求書を本会に提出する年月
請求日	請求書を本会に提出する年月日
請求件数	請求書件数の合計
請求金額	請求書金額の合計

(2) 介護保険主治医意見書作成料請求書(様式2号)

ア 作成単位

被保険者毎に作成。

イ 記載内容

項目	内容
請求年月分	意見書を作成した年月
保険者番号	「9 介護保険者 保険者番号一覧」参照 ※ 医療保険者の番号とは異なります
被保険者番号	介護保険の被保険者番号
作成依頼日	保険者から作成依頼された年月日
意見書作成日	意見書を作成した年月日
意見書送付日	保険者に意見書を送付した年月日
意見書作成料	「2 主治医意見書料・検査料等」参照
診断・検査費用	「2 主治医意見書料・検査料等」参照
消費税	1円未満は切り捨て
合計	意見書料、診断・検査費用、消費税の合計額

(3)記載時の留意点

ア 総括表の件数と請求書の件数が一致しているか。

イ 作成依頼日、意見書作成日、意見書送付日の日付が正しいか。

作成依頼日 \leq 意見書作成日 \leq 意見書送付日の順となるように記入してください。

例)

作成依頼日 平成 31 年 4 月 1 日

意見書作成日 平成 31 年 4 月 2 日

意見書送付日 平成 31 年 4 月 2 日

ウ 記載漏れ、記載ミス等がないか。

例)

総括票の印鑑押印漏れ

申請区分と請求金額が不一致

4 介護保険主治医意見書作成料請求総括票(様式1号)の記入例

様式1号

請求書を提出する年月

平成 31 年 4 月分

介護保険主治医意見書作成料請求総括票

福島県国民健康保険団体連合会 様

請求書を提出する年月日

請求日平成 31 年 4 月 1 日

10桁の医療機関コードを記入

071～: 医科

073～: 歯科

075～: 介護老人保健施設

077～: 指定介護事業所

事業所番号	0	7	X	X	X	X	X	X	X	X
所在地	福島県〇〇市◇番△号									
事業所名称	〇〇病院									
開設者氏名	◇◇◇ ◇◇								印	
電話番号	024-△△△-△△△△									

主治医意見書作成料請求書を下記のとおり請求します。

請 求 件 数	請 求 金 額
5 件	28,740 円

請求書の合計件数及び合計額を記入。

(例)

在宅新規 5,400円(消費税込)×4件+うち1件初診料 2,820円

施設新規 4,320円(消費税込)×1件の場合、

$5,400 \times 4 + 2,820 + 4,320 = 28,740$ 円が請求金額となる。

5 介護保険主治医意見書作成料請求書(様式2号)の記入例

様式2号

介護保険主治医意見書作成料請求書

意見書作成日が平成31年3月1日

～3月31日の場合、「平成31年3月」と記入

保険者番号及び被保険者番号は介護保険の番号を記入

平成 3 1 年 0 3 月 分

保険者番号 0 7 X X X X

保険者から
作成依頼
された年月日

被保険者 番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
(フリガナ)										
氏名	●●○○○									
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別		1男 2女				
	1	5	年	1	月	1	日			
住所	福島県○○町◇番△号									

事業所番号	0	7	X	X	X	X	X	X	X	X
事業所 名称	○○病院									
郵便番号	X X X - X X X X									
所在地	福島県○○市◇番△号									
電話番号	024-XXXX-XXXX									

保険者に意見書を送付した年月日

作成依頼日 平成 3 1 年 3 月 1 5 日

依頼番号

意見書作成日 平成 3 1 年 3 月 3 1 日

意見書送付日 平成 3 1 年 4 月 0 1 日

意見書を
作成した年月日

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設	1. 新規 2. 継続	金額	5	0	0	0	円
--------	----	-------------	-------------	----	---	---	---	---	---

在宅・施設/新規・継続のどちらかに
○をつけ、※の表を確認し、
当てはまる種別の金額を記入。

内 訳	点数	摘 要
診 断	2 8 2	
診 断 ・ 検 査 費 用	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	2 8 2	

診断・検査があった場合のみ記入。

点数合計×10 円 2 8 2 0 円

1円未満は切り捨てとする。

意 見 書 料	5	0	0	0	円
診 断 ・ 検 査 費 用	2	8	2	0	円
消 費 税		4	0	0	円
合 計	8	2	2	0	円

←①の金額

←②の金額

主治医意見書料は、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

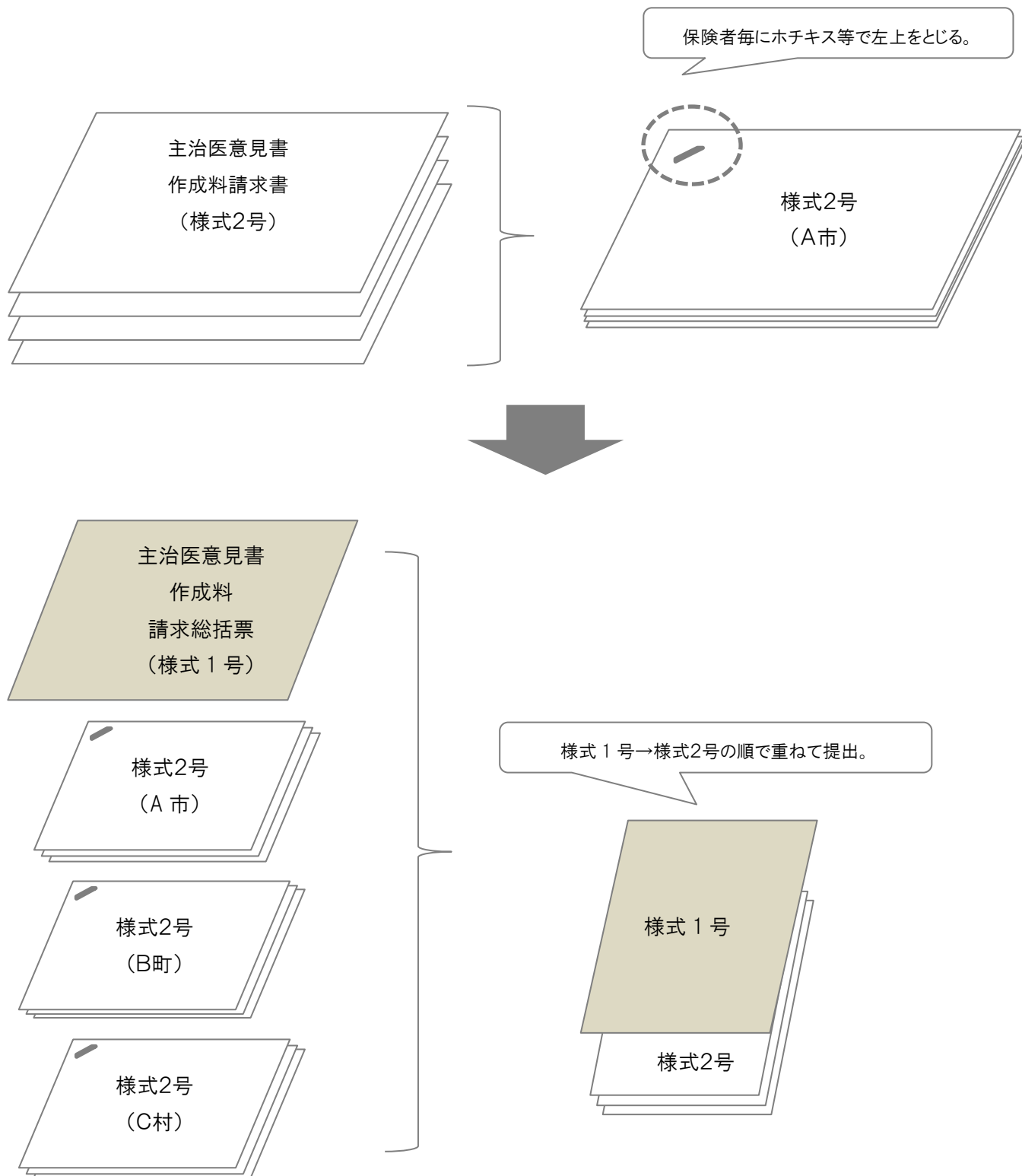
主治医がなく主訴もない者が要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診療・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき積算した額を請求することができる。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

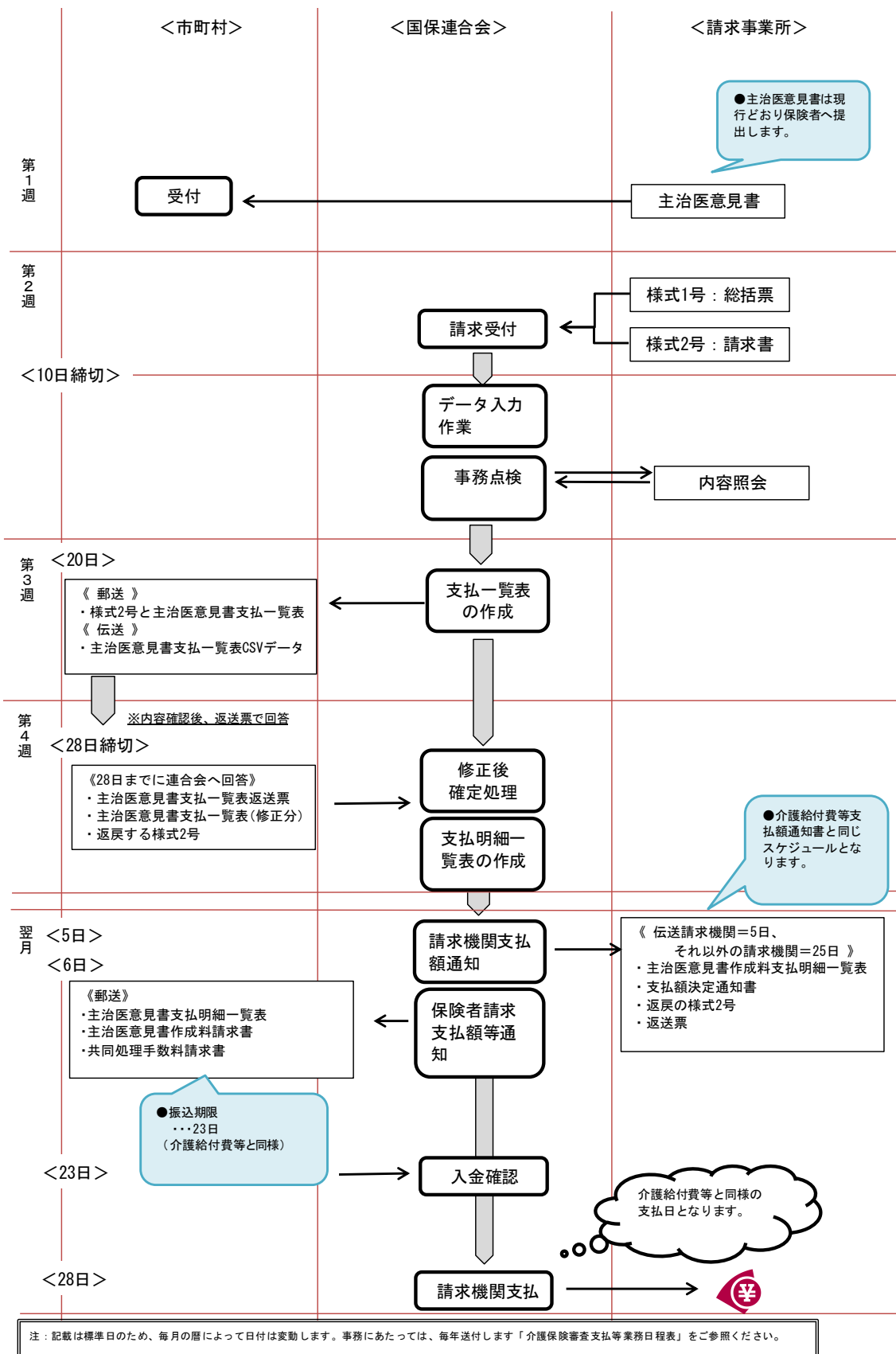
- ・ 胸部単純X線撮影
- ・ 血液一般検査
- ・ 血液化学検査
- ・ 尿中一般物質定性半定量検査

6 請求書等の提出方法

保険者ごとに主治医意見書作成料請求書(様式2号)を重ねて左上をとじ、最後に主治医意見書作成料請求総括票(様式1号)をつけて、提出する(毎月10日午後5時必着)。



7 主治医意見書作成料支払業務スケジュール



《 2019年度 事業所向け各種日程表 》

1 請求受付締切日

締切日は、土日祝日にかかわらず毎月「10日」 ^{#1}となります。

2 審査結果に関する各種通知書の送付及び支払日程

審査月	各種通知書の送付日		支払日 ^{#3}
	伝送請求事業所 ^{#2}	その他の事業所	
2019年 3月	2019年 4月 5日 (金)	24日 (水)	25日 (木)
4月	5月 8日 (水)	24日 (金)	28日 (火)
5月	6月 5日 (水)	25日 (火)	27日 (木)
6月	7月 5日 (金)	25日 (木)	26日 (金)
7月	8月 5日 (月)	26日 (月)	28日 (水)
8月	9月 5日 (木)	25日 (水)	27日 (金)
9月	10月 7日 (月)	25日 (金)	28日 (月)
10月	11月 5日 (火)	25日 (月)	28日 (木)
11月	12月 5日 (木)	25日 (水)	26日 (木)
12月	2020年 1月 6日 (月)	24日 (金)	28日 (火)
2020年 1月	2月 5日 (水)	25日 (火)	27日 (木)
2月	3月 5日 (木)	25日 (水)	27日 (金)

注1 伝送請求の場合は、毎月1日0時から10日24時まで、24時間いつでも送信ができます。
その他の請求方法の場合は、毎月10日17時まで必着となります。なお、締切日(10日)は、土日祝日の場合も、本会窓口で受付を行っております。

注2 伝送請求事業所の各種通知書は、送付日の10時以降に配信します。なお、「事業所別審査状況一覧表」は、別途15時以降に配信します。

注3 債権譲渡・差し押さえに関して、供託等の支払手続きとなる場合の支払期限は、本会介護給付費審査支払規則第11条に基づき原則月末までとなります。

福島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 介護保険係

電話 024-523-2871 FAX 024-528-0989

8 介護保険事業所の請求及び受領に関する届の記入例

(新規届出用)

記入例 介護保険事業所の請求及び受領に関する届

代表者 福島県国民健康保険団体連合会長 殿

代表者認め印 (口座変更時再使用) 複数印使用不可

平成30年11月15日

住所 福島県福島市中町100-1

氏名 社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎

代表者欄については、票に提出した「指定(許可)申請書」の申請(開設)者欄と同一に記入して下さい。

事福法社長社人會之會中福印理町社

介護報酬等の請求に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届け出いたします。

事業所番号	0	7	7	0	1	2	3	4	5	6	※	
経営主体	国立・公立・大学 法人 個人 病院・診療所・薬局・施設・訪問				指定年月日	平成 30 年 1 月 1 日					受付印	
フリガナ	ナカマチヒマワリカイゴサービスセンター											
事業所名	中町ひまわり介護サービスセンター											
フリガナ	フクシマシナカマチ											
所在地	〒 960-8043 福島県 福島市中町3-7 電話 024-523-2702 FAX 024-528-0989											
請求者	社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎											
振込先金融機関	中町中央 銀行 信用金庫					中町 本店 支						
	金融機関コード ※					支店コード ※						
カタカナ名	フクナカマチフクシカイ					預金種目 (該当に○)	口座番号 (右詰めで記入して下さい)					
口座名義 (受領者)	福)中町福祉会					① 普通 ② 当座	1	2	3	4	5	6
請求媒体種類	紙 (主治医意見書作成料のみ)										※摘要	
備考												

- 「※」表示欄は国保連合会で使用しますので、記入しないで下さい。
- 注1. 届出書提出時は必ず使用口座通帳のコピー (通帳の表紙・裏紙裏面など、金融機関名、店名、カタカナ名義が確認出来る部分の写) を添えて提出して下さい。
- 注2. 届出後やむを得ぬ理由により振込先を変更する際は、この届書に使用した印鑑が必要になります。変更用の用紙等については国保連合会へお問合せ下さい。
- 注3. 振込先を変更する際は、変更を希望する月の前月末日までに国保連合会に変更届を提出して下さい。(振込日直前の月末必着)
- 注4. ご記入いただいた個人情報は、介護報酬等の支払の目的以外には使用いたしません。
- 注5. 第三者に情報を提供することはありません。
- 注6. ご記入いただくことにより、個人情報の利用に同意いただいたものとみなします。

9 福島県介護保険者 保険者番号一覧

No.	保険者番号	保険者名	No.	保険者番号	保険者名
1	072017	福島市	31	074443	三島町
2	072025	会津若松市	32	074450	金山町
3	072033	郡山市	33	074468	昭和村
4	072041	いわき市	34	074476	会津美里町
5	072058	白河市	35	074617	西郷村
6	072074	須賀川市	36	074641	泉崎村
7	072082	喜多方市	37	074658	中島村
8	072090	相馬市	38	074666	矢吹町
9	072108	二本松市	39	074815	棚倉町
10	072116	田村市	40	074823	矢祭町
11	072124	南相馬市	41	074831	塙町
12	072132	伊達市	42	074849	鮫川村
13	072140	本宮市	43	075010	石川町
14	073015	桑折町	44	075028	玉川村
15	073031	国見町	45	075036	平田村
16	073080	川俣町	46	075044	浅川町
17	073221	大玉村	47	075051	古殿町
18	073429	鏡石町	48	075218	三春町
19	073445	天栄村	49	075226	小野町
20	073627	下郷町	50	075416	広野町
21	073643	檜枝岐村	51	075424	檜葉町
22	073676	只見町	52	075432	富岡町
23	073684	南会津町	53	075440	川内村
24	074021	北塩原村	54	075457	大熊町
25	074054	西会津町	55	075465	双葉町
26	074070	磐梯町	56	075473	浪江町
27	074088	猪苗代町	57	075481	葛尾村
28	074211	会津坂下町	58	075614	新地町
29	074229	湯川村	59	075648	飯館村
30	074237	柳津町			

(付録)

請求及び支払に関する各様式

様式1号

年 月分

介護保険主治医意見書作成料請求総括票

福島県国民健康保険団体連合会 様

請 求 日 年 月 日

事業所番号										
所在地										
事業所名称										
開設者氏名										印
電話番号										

主治医意見書作成料請求書を下記のとおり請求します。

請 求 件 数
件

請 求 金 額
円

介護保険主治医意見書作成料請求書

平成		年		月分
----	--	---	--	----

保険者番号					
-------	--	--	--	--	--

被 保 険 者	被保険者 番 号														
	(フリガナ)														
	氏 名														
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性 別	1 男・2 女									
住 所															

請 求 医 療 機 関	事業所番号															
	事業所 名 称															
	所在地	郵便番号														
		電話番号														

作成依頼日	平成		年		月		日	依頼番号							保 険 者 確 認	※	
意見書作成日	平成		年		月		日	意見書送付日	平成		年		月		日		

※印の欄は記入しないで下さい

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 額	意 見 書 料								円
	診 断 ・ 検 査 費 用								円
	消 費 税								円
	合 計								円

主治医意見書料は、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要介護認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診療・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積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

介護保険事業所の請求及び受領に関する届

平成 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会長 殿

住所
代表者 氏名

印

介護報酬等の請求に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届け出いたします。

事業所番号	0	7									※	
経営主体	国立・公立・大学・法人・個人 病院・診療所・薬局・施設・訪問			指定年月日	平成 年 月 日						受付印	
フリガナ												
事業所名												
フリガナ												
所在地	〒 [] [] [] [] - [] [] [] [] 福島県 電話 - - FAX - -											
請求者												
振込先金融機関	銀行 信用金庫						本店 支					
	金融機関コード ※						支店コード ※					
カナ名義							預金種目 (該当に○)	口座番号(右詰めで記入して下さい)				
口座名義 (受領者)							1. 普通				
							2. 当座				
請求媒体種類	紙(主治医意見書作成料のみ)						※摘要					
備考												

「※」表示欄は国保連合会で使用しますので、記入しないで下さい。

注1. 届出書提出時は必ず①、②を添えて提出して下さい。使用口座通帳の①裏紙のコピー②カナ名義、支店名が記載されているページのコピー

注2. 届出後やむを得ぬ理由により振込先を変更する際は、この届書に使用した印鑑が必要になります。変更用の用紙等については国保連合会へお問合せ下さい。

注3. 振込先を変更する際は、変更を希望する月の前月末日までに国保連合会に変更届を提出して下さい。(振込日直前の月末必着)

注4. ご記入いただいた個人情報は、介護報酬等の支払の目的以外には使用いたしません。

注5. 第三者に情報を提供することはありません。

注6. ご記入いただくことにより、個人情報の利用に同意いただいたものとみなします。

介護給付費等支払決定額通知書

〒 000-0000

〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1

〇〇事業所
〇〇 太郎

様

介護給付費等支払決定額通知書

平成30年5月 審査分として下記金額を支払決定し
右記銀行に送金しますので通知致します。

事業所番号	9000000000
-------	------------

金額	3,208,800
----	-----------

〇〇銀行

〇〇支店

平成30年6月25日
〇〇国民健康保険団体連合会

振込金額内訳

介護給付費支払額	1,000,000
主治医意見書作成料	50,000
消費税	4,000
認定調査費委託料	2,000,000
消費税	160,000
介護予防・日常生活支援総合事業費支払額	8,000
電子証明書発行手数料（消費税を含む）	-13,200
介護給付費等合計	3,208,800

SIBL01(7513)

福 国 連 号 外
年 月 日

様
(事業所番号：)

福島県国民健康保険団体連合会
(公印省略)

主治医意見書作成料請求書に関する返戻について

貴事業所より提出のありました主治医意見書作成料請求書(様式2号)について確認の結果、下記のとおり返戻いたします。

つきましては、返戻理由を御確認のうえ、必要に応じて再請求を行ってください。

記

1 返戻対象請求書

No.	保険者番号 (保険者名)	被保険者番号	被保険者氏名	意見書作成 年月日	返戻理由
1				年 月 日	
2				年 月 日	
3				年 月 日	

(事務担当 介護福祉課介護保険係 電話 024-523-2871)