

主治医意見書作成料の請求等について

令和6年4月

福島県国民健康保険団体連合会

介護福祉課

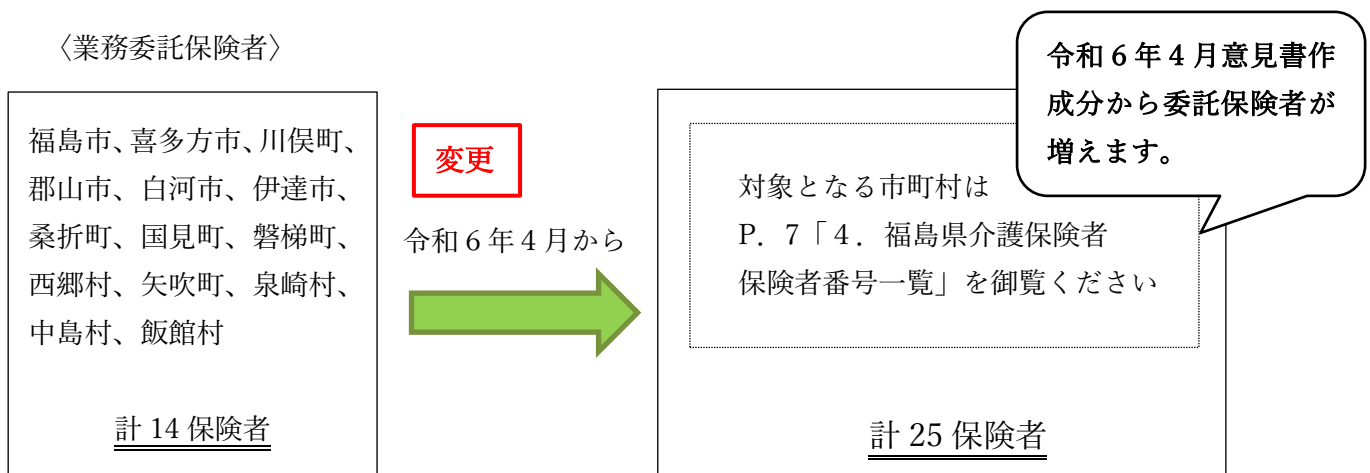
## ～ 目 次 ～

1. 主治医意見書作成料請求書の提出について・・・・・・・・・・P. 1
2. 主治医意見書作成料および診断・検査費用について・・・・・・・・P. 4
3. 介護保険事業所の請求及び受領に関する届の記載例・・・・・・・・P. 5
4. 福島県介護保険者 保険者番号一覧・・・・・・・・・・P. 7
5. 主治医意見書作成料請求に係る日程表・・・・・・・・・・P. 8
6. (参考) 介護給付費等支払決定額通知書・・・・・・・・・・P. 9

## 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

福島県国民健康保険団体連合会（以下「本会」という）は、市町村（以下「保険者」という）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まで一連の点検支払事務を行います。



上記の保険者より主治医意見書作成依頼があった場合は、本会に作成料を請求してください。

それ以外の保険者については、直接、該当の保険者に請求してください。

- ※ 令和 6 年 4 月から委託開始の 9 保険者について、委託開始前の請求は受付できません。令和 6 年 3 月意見書作成成分までは、保険者に請求してください。

### 2) 「介護保険事業所の請求及び受領に関する届」の提出について

請求を開始する際、「介護保険事業所の請求及び受領に関する届」の提出が必要となります。(P. 5 参照)  
届出様式は、本会ホームページより取得してください。

- ※ 既に介護給付費等の請求を本会に行っている事業所（老人保健施設及び医療機関等）については、上記届出の提出は不要です。
- ※ 上記届出を過去に提出したことがあるか、または口座の登録が済んでいるか不明の場合は、本会事務担当（介護福祉課介護保険係Tel024-523-2871）まで御連絡ください。
- ※ 振込先等の変更がある場合は、本会ホームページ掲載の「介護保険事業所の請求及び受領に関する振込先変更届」を提出してください。
- ※ 各種届については、下記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

### 3) 請求方法

主治医意見書作成料の請求は、原則、電子媒体（以下 CD-R 等）での請求となります。

本会ホームページより「主治医意見書作成料請求書作成ツール」をダウンロードし、請求データ（CSVデータ）を作成後、CD-R 等に書き込みを行い、請求送付書（様式 3 号）を添えて提出してください。  
やむを得ない事由により CD-R 等で請求ができない場合、本会に事前に御連絡ください。

※「主治医意見書作成料請求書作成ツール」の操作方法は、別資料『主治医意見書作成料請求書作成ツール操作説明書』を御覧ください。

※ 伝送での請求はできません。

フェルトペン等により所要の事項をラベル面に記入してください。

- ・事業所番号
- ・事業所名称
- ・請求年月

※ シール等は貼付しないでください。

0712345678  
〇〇〇〇〇クリニック  
請求年月:令和●年●月分

ラベル面

主治医

大きく「主治医」と記入してください。  
※ 介護給付費と主治医意見書作成料を併せて請求する場合は、「介護・主治医」と記入してください。

例) 介護・主治医

#### (様式 3 号)

(提出年月日) 令和 年 月 日

#### 請求送付書

福島県国民健康保険団体連合会 様

事業所番号	0 7								
事業所名									
担当者名									
連絡先電話番号									

(1) 介護給付費等請求書等の提出について

1. CD 2. FD 3. 帳票 にて提出いたします。  
(1~3 のいずれかを○囲み願います。)

【提出内訳】

内 訳 (いずれかを○囲み願います)	サービス 提供年月	ファイル名	連合会 チェック欄
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		
請求書・給付管理票	年 月		

※伝送（インターネット）で介護給付費等請求をしている場合は記載不要です。

ファイル数.....個

(2) 主治医意見書作成料請求書の提出について

- CD にて提出いたします。

内 訳 (いずれかを○囲み願います)	請求年月	ファイル名	連合会 チェック欄
主治医意見書作成料請求書	年 月		

介護報酬と診療報酬の請求をあわせて送付する場合、別封筒での提出に御協力ください。

#### 介護報酬

- ・介護給付費請求明細書
- ・主治医意見書作成料請求書等

〒960-8043

福島県国民健康保険  
福島市中町 3-7  
行

#### 診療報酬

#### 4) 請求締切日

請求締め切りは、毎月10日17:00必着です。10日が土・日・祝日の場合でも本会窓口で受付をしております。締め切りを過ぎての受領はできませんので御留意ください。主治医意見書作成料に係る日程については、P.8「5. 主治医意見書作成料請求に係る日程表」を参照ください。

※ 令和3年10月の郵便法改正により普通郵便の場合、ポスト投函から本会到着まで土・日・祝日を含まず3営業日程度を要する場合があります。また、土・日・祝日の普通郵便の配達も休止となっております。郵送で提出する際は、本会到着日を念頭の上、送付ください。

## 2. 主治医意見書作成料および診断・検査費用について

### 1) 主治医意見書作成料について

	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・検査費用について ※ 請求される前に、必ず保険者に御確認ください。

要介護認定の申請者であって主治医がなく、主訴等もない者の意見書記載にあたっては、事務費交付金の対象として初診料相当分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。

〈事務費交付金の対象となる検査等の内容〉

- ア 基本的な診察  
初診料相当額
- イ 医師の判断に応じて行った検査
  - 血液採取（静脈）
  - 末梢血液一般検査
  - 血液学的検査判断料
  - 血液化学検査（10 項目以上）
  - 生化学的検査（I）判断料
  - 尿中一般物質定性半定量検査
  - 胸部単純 X 線撮影  
アナログ撮影  
デジタル撮影
  - 写真診断料（胸部）
  - フィルム（大角 1 枚）

左記以外の項目について実施されている場合には、事務費交付金の対象経費とはなりません。

※ 各項目とも上限となります。したがって、請求にあたって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は、診療報酬単価を用いて積算した費用（5～7 項目）の請求となります。

（参考）【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り扱いについてより抜粋】

原則として、寝たきりや主訴があり、医療が必要な者については、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、意見書記載に係る費用、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事務費交付金の対象とし、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. 介護保険事業所の請求及び受領に関する届の記載例

(新規届出用)

主治医意見書  
作成料請求用

## 介護保険事業所の請求及び受領に関する届

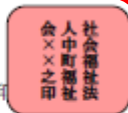
令和 3年 4月15日

福島県国民健康保険団体連合会長 殿

①

住所 福島県福島市中町100-1

開設者 氏名 社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎

氏名 社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎

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。

印 鑑 例

事業所番号	0	7	7	0	1	2	3	4	5	6	※連合会使用欄		
経営主体	国立・公立・大学 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">法人</span> 個人 病院・診療所・薬局・施設・訪問				指定年月日	② 令和 3年 4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	
	③ 金融機関コード				1	2	3	4	支店コード			0 0 0	
カナ名義	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	④ CD (主治医意見書作成)												
備考													

## 記載時の留意点

① 法人および代表者印等を押印してください。

※ 今後、当該届に記入した口座情報に変更が生じた場合、「振込先変更届」の提出が必要となります。その際、当該印を照合印として使用しますので、当該届はコピー等により保管し、押印した印鑑の確認ができるようにしてください。

また、改印した場合でも、当該印はすぐには処分をせず、一定期間の保管をお願いします。

② 医療機関を開設した日付を記入してください。

③ 通帳に記載されているカタカナの名義を記入してください。名義が省略されている場合には、省略せずに通帳表紙に記載の口座名義すべてをカタカナで記入してください。

④ 通帳表紙に記載の口座名義を記入してください。

※ 通帳の【1】表紙のコピー、【2】（表紙をめくり）カナ名義、支店名が記載されているページのコピーを必ず添付してください。



#### 4. 福島県介護保険者 保険者番号一覧



の保険者が業務委託保険者です。

令和6年5月1日現在

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	飯舘村
30	074237	柳津町			

## 5. 主治医意見書作成料請求に係る日程表

請求翌月に介護給付費等支払決定額通知書を送付します。令和6年度の介護給付費等支払決定額通知書の送付日及び主治医意見書作成料の支払日については、下記のとおりです。

(「令和6年度 事業所向け各種日程表」と同一日程です。)

請求受付締切日	介護給付費等支払決定額通知書の送付日		支払日 <sup>注2</sup>
	伝送請求事業所 <sup>注1</sup>	その他の事業所	
令和6年3月10日(日)	令和6年4月5日(金)	令和6年4月25日(木)	令和6年4月26日(金)
4月10日(水)	5月7日(火)	5月24日(金)	5月28日(火)
5月10日(金)	6月5日(水)	6月25日(火)	6月27日(木)
6月10日(月)	7月5日(金)	7月25日(木)	7月26日(金)
7月10日(水)	8月5日(月)	8月26日(月)	8月28日(水)
8月10日(土)	9月5日(木)	9月25日(水)	9月27日(金)
9月10日(火)	10月7日(月)	10月25日(金)	10月28日(月)
10月10日(木)	11月5日(火)	11月25日(月)	11月28日(木)
11月10日(日)	12月5日(木)	12月25日(水)	12月26日(木)
12月10日(火)	令和7年1月6日(月)	令和7年1月24日(金)	令和7年1月28日(火)
令和7年1月10日(金)	2月5日(水)	2月25日(火)	2月27日(木)
2月10日(月)	3月5日(水)	3月25日(火)	3月28日(金)

注1 伝送請求事業所とは介護給付費等の請求を伝送で行っている事業所をさします。

主治医意見書作成料の請求は、原則、電子媒体（CD-R等）での請求となります。伝送での請求はできません。

注2 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。

問合せ先

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

6. (参考) 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

令和●年●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	071〇〇〇〇〇〇〇〇
金額	4,400

〇〇銀行 \_\_\_\_\_

〇〇支店 \_\_\_\_\_

令和●年●月●●日

福島県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	0
主治医意見書作成料	4,000
消費税	400
認定調査費委託料	0
消費税	0
介護予防・日常生活支援総合事業費支払額	0
電子証明書発行手数料(消費税を含む)	0
介護給付費等合計	4,400

SIBL01 (7513)