

佐賀県内用(表面)

令和 年 月 日

主治医各位

佐賀中部広域連合長

主治医意見書の記載について（依頼）

皆様方におかれましては益々御健勝のこととお喜び申し上げます。

日頃より、介護保険の運営には格段の御高配を賜り厚く感謝申し上げます。

さて、佐賀中部広域連合の意見書記載依頼につきましては、主治医の皆様に対して被保険者又は被保険者の代理者が意見書記載依頼に何うシステムにしております。

御多忙中恐れ入りますが、意見書記載につきましてよろしくお願い申し上げます。

また、佐賀中部広域連合では、介護認定審査会の運用をペーパーレスシステムで行っております。そのため、「佐賀中部広域連合専用」の主治医意見書様式で記載していただきますようご協力お願いいたします。

なお、主治医意見書作成費の支払いに関しましては、佐賀県国民健康保険団体連合会にご請求ください。

詳細につきましては、裏面もご参照ください。

<送付先及び問い合わせ先>

〒840-0826

佐賀市白山二丁目1番12号 佐賀商工ビル5階
佐賀中部広域連合 認定審査課

TEL 0952-40-1132（直通）

FAX 0952-40-1165

○主治医意見書の記載について

- 1 主治医意見書は、佐賀中部広域連合専用の様式を使用してください。
- 2 被保険者番号、申請者、住所等については、介護保険被保険者証（別添コピー）により記入してください。
- 3 意見書の記載が終わりましたら、佐賀中部広域連合宛の封筒に意見書を入れ封緘してください。
- 4 意見書については、お手数ですがそのままポストへ投函して下さい。

○主治医意見書作成料の請求について

- 1 請求方法
意見書記載の請求は、1ヶ月分の意見書記載分を取りまとめ、「主治医意見書請求書」と「主治医意見書請求内訳書」を作成していただき、翌月始めに国民健康保険団体連合会へ請求してください。

- 2 意見書作成料（消費税を含む）

	在 宅	施 設
新規申請者	5, 5 0 0 円	4, 4 0 0 円
継続申請者	4, 4 0 0 円	3, 3 0 0 円

- 3 支払い
国民健康保険団体連合会より、翌々月の月末に指定口座に振込みます。