

佐賀県外用(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の依頼に伺うシステムにしております。

御多忙中恐れ入りますが、意見書記載及び作成に係る請求につきまして、よろしく願い申し上げます。

なお、意見書記載要領及び意見書作成にかかる請求については、裏面をご参照下さい。

<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下さい。

○主治医意見書作成料の請求について

- 1 意見書記載の請求は、別紙請求書にて佐賀中部広域連合へ請求してください。

①主治医意見書請求書

②主治医意見書請求内訳書

③主治医意見書基本診療料等明細書（通常は医療保険の対象であるが、主治医がなく主訴等もない者が、医療機関に意見書を記載することのみを目的に受診した場合、実施した初診料・検査料について請求可能。該当がない場合は提出不要。）

- 2 請求方法

①1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10日までに佐賀中部広域連合へ提出してください。

②なお、意見書記載件数が少ない場合は、上記にかかわらず請求されても結構です。

- 3 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

- 4 支 払

指定口座に振込みます。

- 5 記入上の注意

- ・請求者氏名は代表者の役職及び氏名をご記入ください。
- ・代表者印又は代表者の私印を押印ください。
- ・請求金額は消費税込の金額をご記入ください。
- ・請求金額欄の誤り及び訂正印等による対応は受付できません。
新しく記載をお願いします。
- ・医療機関名称と口座情報欄の医療機関名等が異なる場合は、委任状が必要となる場合があります。その際にご連絡ください。