

令和４年１０月請求分からの
主治医意見書作成料の請求等について

令和4年5月

佐賀県国民健康保険団体連合会
情報・介護課 介護保険係

1 主治医意見書作成料請求書の提出について……………	P. 1
2 主治医意見書料、診断・検査費用について……………	P. 2
3 電子媒体(CD-R)での請求書作成及び提出方法……………	P. 4
4 介護保険主治医意見書作成料請求書の入力例……………	P. 5
5 紙媒体で請求される場合の提出方法……………	P. 6
6 介護保険主治医意見書作成料請求(総括)書の記入例……………	P. 7
7 介護給付費等の請求及び受領に関する届の記入例……………	P. 8
8 佐賀県介護保険者 証記載保険者番号一覧……………	P. 9
9 主治医意見書作成料の支払について……………	P. 10
(付録)請求及び支払に関する各様式……………	P. 11

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

佐賀県国保連合会は、佐賀県内全ての介護保険者から委託を受けて、佐賀県内の事業所等からの「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っています。

(2) 「介護給付費等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、上記届出の提出が必要となります。（※P8参照）

届出様式は、本会より郵送いたしますので本会担当までご連絡ください。

※次の住所に郵送もしくは持参してください。

〒840-0824

佐賀県佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館

佐賀県国保連合会 情報・介護課 介護保険係宛

《担当》情報・介護課介護保険係 TEL0952-26-4302

(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、土日祝日の場合でも締切日（10日）は本会窓口で受付しております。

※締め切りを過ぎての受領はできませんのでご承知ください。

(4) 提出方法

申請書の提出は、原則、厚生労働省が開発した「無償配布ソフト」を活用した電子媒体（CD-R）での提出となります。

ただし、パソコンがない場合など電子媒体（CD-R）での提出が困難な場合は、紙媒体での提出も可能です。

紙媒体で提出される場合は、情報・介護課介護保険係までご連絡ください。

※インターネットによる請求はできません。

※介護報酬及び診療報酬の請求とは別の媒体で提出してください。

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 (税込 5,500 円)	4,000 円 (税込 4,400 円)
継続申請者	4,000 円 (税込 4,400 円)	3,000 円 (税込 3,300 円)

※主治医意見書作成料には消費税 10%（令和元年 10 月～）が課されます。

(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。（※年度によって単価が改定されることがありますので、ご注意ください。）

なお、算定できるのは次の費用です。

初診料		
胸部単純X線撮影	アナログ撮影	
	デジタル撮影	
写真診断(胸部)		
フィルム(大角)		
血液採取(静脈)		
末梢血液一般検査		
血液学的検査判断		
血液化学検査	5項目以上7項目以下	
	8項目または9項目	
	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		

単価は医科診療報酬点数表を参照してください。

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 電子媒体（CD-R）での請求書作成及び提出方法

（1）請求書作成から提出までの流れ

①「介護電子媒体化ソフトVer. 3」（※無償配布）のインストール

本会ホームページに掲載の「国保中央会介護電子媒体化ソフトインストールマニュアル」をご確認の上、「介護電子媒体化ソフトVer. 3」をインストールしてください。

＜掲載先＞ ホーム＞介護保険関係者の皆様へ＞介護電子媒体化ソフトについて
＞◎介護電子媒体化ソフトVer. 3（インストールプログラム、マニュアル等）（ZIP形式）

＜リンク先＞ <https://www.sagakokuho.or.jp/main/863.html>



②請求情報（CSVデータ）の作成

上記本会ホームページに掲載の「国保中央会介護電子媒体化ソフト操作マニュアル」の「主治医意見書料請求書の作成」をご確認の上、被保険者ごとに介護電子媒体化ソフトVer. 3の「介護保険主治医意見書料請求書」画面に入力し、請求情報（CSVデータ）を作成してください。



③CD-Rへの書き込み

作成した請求情報（CSVファイル）をCD-Rへ書き込みを行います。
※油性ペンなどでCD-Rの表面（ラベル面）に直接以下の①から⑥までの内容を記入してください。（CD-Rへのラベル貼付不可。）

①主治医意見書分	②事業所等番号	③事業所等名称
④提出年月日	⑤担当者名	⑥電話番号



④連合会へ請求書等送付

請求情報を書き込みしたCD-Rのみ連合会あて郵送または持参してください。「請求（総括）書」の提出は必要ありません。

※電子媒体（CD-R）での請求が出来ない場合は、被保険者ごとに「介護保険主治医意見書作成料請求書」（白紙）に必要事項を記入し、「請求（総括）書」（1枚）を添付の上、連合会へ郵送または持参してください。

「5 紙媒体で請求される場合の提出方法」（※P6参照）をご確認ください。

〒840-0824 佐賀県佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館 佐賀県国保連合会 情報・介護課 介護保険係宛

4 介護保険主治医意見書作成料請求書の入力例

(記載例)

介護保険主治医意見書作成料請求書

意見書作成日が9月1日から9月30日までの場合、**9月分**と記入

介護保険の証記載保険者番号及び被保険者番号

被 保 険 者	被保険者 番 号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	(フリガナ)														
	氏 名	〇〇 〇〇													
	生年月日	1930	年	×	月	×	日	性別	1 男	2 女					

○作成依頼日は、保険者から作成依頼された年月日を記入
○意見書作成日は、意見書を作成した年月日を記入
○意見書送付日は、保険者に意見書を送付した日を記入
※依頼番号の記載は必要ありません。

請 求 医 療 機 関	事業所番号	4	1	1	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	事業所 名 称	○△□ 10桁の介護事業所番号を記入 医科：411（保険医療機関コード 7桁） 介護老人保健施設等：415～ 指定介護事業所：417～ 介護医療院：418～												
	郵便番号													
	所在地	佐賀県〇〇市△番□号 電話番号 〇〇-〇〇〇-〇〇〇												

作成依頼日	2022	年	9	月	15	日	依頼番号							※
意見書作成日	2022	年	9	月	20	日	意見書送付日	2022	年	10	月	1	日	※印の欄は記入しないでください
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	①		

診 断 ・ 検 査 費 用	内 訳	点 数				摘					
	診 断		2	8	8	在宅・施設・新規・継続のいずれかに○をつけ、 下記の表のうちあてはまる種別の金額を記入					
	検 査										
	胸部単純X線撮影										
	血液一般検査										
	血液化学検査					診断・検査があった場合 のみ記入					
尿中一般物質定性半定量検査											
合 計		2	8	8	点数合計×10 円	2	8	8	0	円	②

①の金額と②の金額に対して
消費税割合10%を乗じた額

請 求 額	意 見 書 料	5	0	0	0	円	①の金額
	診 断 ・ 検 査 費 用	2	8	8	0	円	②の金額
	消 費 税		7	8	8	円	
	合 計	8	6	6	8	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】

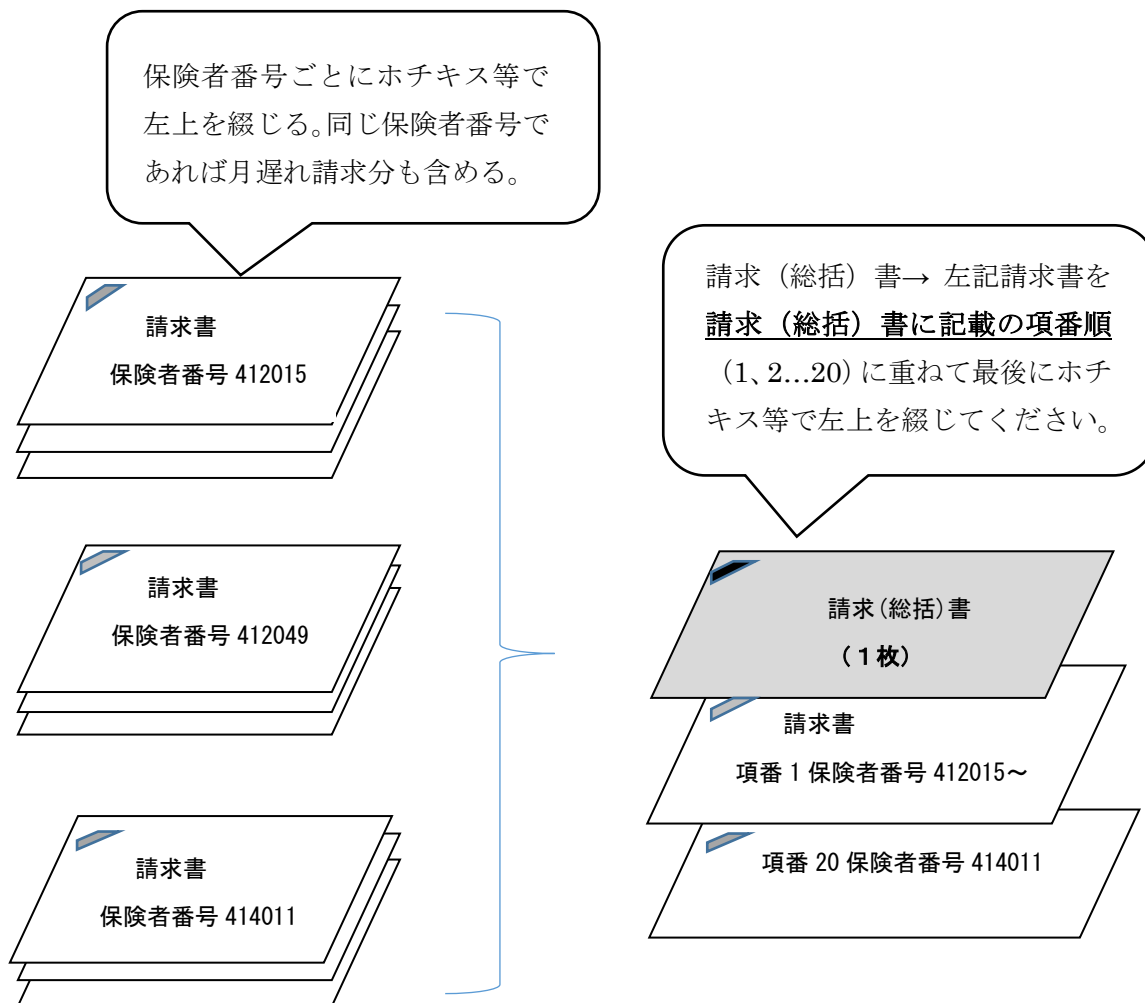
・胸部単純X線撮影 ・血液一般検査 ・血液化学検査 ・尿中一般物質定性半定量検査

【留意事項】

・作成依頼日・意見書作成日・意見書送付日の日付が前後しないように注意してください。（同じ日は可）
依頼を受ける前に意見書を作成していた場合は、依頼日を作成日と同じ日付にしてください。

5 紙媒体で請求される場合の提出方法

保険者ごとに「介護保険主治医意見書作成料請求書」（※P13 参照）を重ねて左上をとじ、最後に「介護保険主治医意見書作成料請求（総括）書」（※P12 参照）を一番上に添付し、ホチキス等で左上を綴じて提出してください。



6 介護保険主治医意見書作成料請求（総括）書の記入例

佐賀県国保連合会提出分

介護保険主治医意見書作成料請求（総括）書

請求する月の前月を記入

事業所等番号

0 1 1 9 9 9 0

2 0 2 2 年 9 月 分

事業所等の

所在地及び名称

担当者名

電話番号

下記のとおり請求します。

年 月 日

押印は不要です。

項番	保険者番号	保険者名	請求件数(件)	請求合計額(円)
1	412015	佐賀市		
2	412049	多久市		
3	412080	小城市		
4	412106	神埼市		
5	413278	吉野ヶ里町		
6	412031	鳥栖市		
7	413419	基山町		
8	413450	上峰町		
9	413468	みやき町		
10	412064	武雄市		
11	412072	鹿島市		
12	412098	嬉野市		
13	414235	大町町		
14	414243	江北町		
15	414250	白石町		
16	414417	太良町		
17	412023	唐津市		
18	412056	伊万里市		
19	413872	玄海町		
20	414011	有田町		
合計				

保険者ごとに、請求書の合計件数及び合計金額を記入
 (例) 在宅・新規 5,500円(消費税込)×2件
 (うち、1件 初診料2,880円あり)
 在宅・継続 4,400円(消費税込)×3件の場合、
 $5,500 + 8,668 + 4,400 \times 3 = 27,368$ 円が請求金額となる。

7 介護給付費等の請求及び受領に関する届の記入例

国保連→事業所

介護給付費等の請求及び受領に関する届

令和〇年〇月〇日提出

佐賀県国民健康保険団体連合会

理事長

開設者

住所

佐賀県佐賀市呉服元町7番28号

氏名

介護サービス国保連
代表 甲斐五郎

開設
者印

介護給付費等の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所 番号	4170100001										
法人 種別		経営 主体									
フリガナ	カイゴサービスコクホレン		郵便 番号	840-0824						連 合 会 使 用 欄	
(請求先) 事業所 名称	介護サービス国保連		TEL	0952-26-4302							
			FAX	9999-99-9999							
フリガナ	サガケンサガシゴフクモトマチ 7バン28ゴウ		振込先	1	2	1	3				
				〇〇銀行							
所在地	佐賀県佐賀市呉服元町7番28号		支店名	1	2	3					
				佐賀支店							
			口座 番号	当座 その他	7	6	5	4	3	2	1
フリガナ	カイゴサービスコクホレン ダイヒョウカイゴロウ		フリガナ	カイゴサービスコクホレン ダイヒョウカイゴロウ							
請求者	介護サービス国保連 代表 甲斐五郎		(口座名義人) 受領者	介護サービス国保連 代表 甲斐五郎							
	届出理由(該当番号に○をつけてください)		異動年月		旧事業所番号						
1	新設		令和〇年〇月 請求分より		※摘要						
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更										
3	請求方法の変更										
4	振込先及び口座番号の変更										
5	その他()										
請求	7. 伝送(インターネット) 2. 磁気(MO) 4. 磁気(FD・CD)										
備 考											

8 佐賀県介護保険者 証記載保険者番号一覧

佐賀中部広域連合	
佐賀市	412015
多久市	412049
小城市	412080
神埼市	412106
吉野ヶ里町	413278

唐津市	412023
-----	--------

伊万里市	412056
------	--------

玄海町	413872
-----	--------

有田町	414011
-----	--------

鳥栖地区広域市町村圏組合	
鳥栖市	412031
基山町	413419
上峰町	413450
みやき町	413468

杵藤地区広域市町村圏組合	
武雄市	412064
鹿島市	412072
嬉野市	412098
大町町	414235
江北町	414243
白石町	414250
太良町	414417

9 主治医意見書作成料の支払について

主治医意見書作成料の振り込みについては、介護給付費等の請求がある場合は、介護給付費等と主治医意見書作成料を合算して、指定口座に振り込みます。

なお、介護給付費等の請求がなく、主治医意見書作成料のみ請求の場合は、主治医意見書作成料のみ指定口座に振り込むこととなります。

また、主治医意見書作成料の支払決定額通知書については、介護給付費等の請求の有無に関係なく「介護給付費等支払決定額通知書」に振込金額の内訳として、「主治医意見書作成料」が記載されます。

「介護給付費等支払額通知書」の送付については、介護給付費等をインターネット請求されている事業所等は伝送で、それ以外の事業所等については郵送となります。

介護給付費等支払決定額通知書

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。

◆◆◆銀行
◇◇◇支店

振込金額内訳	
介護給付費支払額	800,000
主治医意見書作成料	100,000
消費税	10,000
合計	910,000

介護給付費等の請求がある場合は、介護給付費等に主治医意見書作成料を合算した額が振り込まれます。

(付録)
請求及び支払に関する各様式

介護保険主治医意見書作成料請求（総括）書

事業所等番号

--	--	--	--

年

--	--

月分

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

事業所等の

所在地及び名称

担当者名

電話番号

下記のとおり請求します。

年 月 日

項番	保険者番号	保険者名	請求件数(件)	請求合計額(円)
1	412015	佐賀市		
2	412049	多久市		
3	412080	小城市		
4	412106	神埼市		
5	413278	吉野ヶ里町		
6	412031	鳥栖市		
7	413419	基山町		
8	413450	上峰町		
9	413468	みやき町		
10	412064	武雄市		
11	412072	鹿島市		
12	412098	嬉野市		
13	414235	大町町		
14	414243	江北町		
15	414250	白石町		
16	414417	太良町		
17	412023	唐津市		
18	412056	伊万里市		
19	413872	玄海町		
20	414011	有田町		
合計				

介護保険主治医意見書作成料請求書

	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		年		月		日	性別	1 男・2 女

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

※印の欄は記入しないでください

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			

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, 0 0 0 円	4, 0 0 0 円
継続申請者	4, 0 0 0 円	3, 0 0 0 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

国保連→事業所

介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

佐賀県国民健康保険団体連合会

理事長

開設者

住所

氏名

印

介護給付費等の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所 番号											
法人 種別		経営 主体							連 合 会 使 用 欄		
フリガナ					郵便 番号						
(請求先) 事業所 名称					TEL						
					FAX						
フリガナ					振込先						
所在地					支店名						
					口座 番号	普通 当座 その他					
フリガナ					フリガナ						
請求者					(口座名義人) 受領者						
	届出理由(該当番号に○をつけてください)				異動年月			旧事業所番号			
1	新設				年 月 請求分より			※摘要			
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更										
3	請求方法の変更										
4	振込先及び口座番号の変更										
5	その他()										
請求	7. 伝送(インターネット) 2. 磁気(MO) 4. 磁気(FD・CD)										
備 考											