

## 『訪問診療サービス』ご利用にあたって

拝啓 この度は、当院の『訪問診療サービス』をお選びいただき、誠に有難うございます。皆様の健康管理および疾病治療に尽力して参りますので、何卒宜しくお願い申し上げます。

『訪問診療サービス』のご利用にあたり、下記の書類をご提出ください。

### 申込書類は全ての方にご記入いただきます

下記5点の書類を返信用封筒に入れてご返送ください。

2週間以内に投函いただきますよう、お願い申し上げます。

#### <ご提出書類>

### 提出①:『訪問診療サービス』利用同意書

### 提出②:個人情報使用同意書

① ②ともご記入・ご捺印をお願いいたします。

### 提出③:居宅療養管理・介護予防居宅療養管理指導契約書 当院控え

ご契約者様控え・当院控えをそれぞれご記入、ご捺印いただき、当院控えのみご提出ください。

ただし、65歳未満で介護保険未加入の方は対象外となりますので、提出③のご提出は不要です。

### 提出④:請求書・領収書 送付依頼書

医療・介護費用のご請求書および領収書のお送り先をご記入ください。

請求書・領収書以外にご案内やお知らせ等をお送りさせていただくことがございます。

### 提出⑤:預金口座振替依頼書

診療費等のお支払方法は口座振替(自動払込=引落)か銀行振込よりお選びいただき、提出④の支払方法欄に記入ください。

口座振替をご希望の場合は、預金口座振替依頼書をご記入・ご捺印ください。3枚目は患者様・ご家族様控えとなりますので切り離し保管ください。(預金口座振替依頼書の記入・届出印間違いが多発しておりますので、記入例をご確認いただきながら、ご記入をお願いいたします)

**口座振替の手続きには2か月前後お日にちをいただきます。引落開始前のご請求が発生した場合は、いったんご請求は保留とさせていただき、引落開始時に合算してご請求いたします。ただし、依頼書不備等により他のお支払方法へ変更いただくことがございますので、あらかじめご了承ください。銀行振込をご希望の場合は、口座振替の書類はご提出不要です。**

敬具

<記入方法やサービスについてのお問合せ先>

医療法人社団平郁会<sup>へいいくかい</sup> カスタマーサポートセンター  
TEL: 0120-963-080 (月~金 10:00~17:00)  
Email: cs@heiikukai.jp

\*\*\*\*次頁もご確認ください\*\*\*\*

## 生活保護受給者証・その他の受給者証をお持ちのみなさまへ

### ※※申込書類記入に関するお願い※※

受給者証をお持ちの方は、医療助成利用により月々の医療費（保険診療分）の自己負担はございませんが、**自費の診療や文書作成料は全額自己負担となります。**例えば、自費で実施する健康診断や予防接種、証明書や診断書作成（死亡診断書も含む）などです。また、自己負担がない場合（月）でも、診療費明細書をお送りしておりますため、**申込書類につきましては、全てに記入いただきご提出をお願いいたします。**口座振替依頼書のご提出は必須ではございませんが、自己負担がある際は**お支払いいただく必要がございますので、ご提出されない場合は、提出④「請求書・領収書 送付依頼書」の支払方法の「銀行振込」にチェックを入れてください。（振込手数料はご負担いただきます。）**

※自費診療や文書料につきましては、発生時に「自費」になることをお伝えいたします。  
※上限額のある受給者証をお持ちの方は、上限を超えない月は医療費・介護費の自己負担がございます。お持ちの受給者証にてご確認ください。

#### 主な受給者証について

##### 【生活保護】

自治体によっては、自費で実施する健康診断や予防接種・文書料等も扶助される場合がございますので、生活保護課（福祉事務所）にご相談・ご確認ください。

##### 【マル障（＝心身障害者医療費助成）】

介護保険サービスの「居宅療養管理指導費」は医療助成対象外となります。

##### 【指定難病（＝難病医療費助成（54））】

設定されている上限額を超えない月は、医療費や介護費の自己負担がございます。その際は、請求書＋診療費明細書をお送りいたします。

## 『訪問診療サービスのご案内』

## Ⅰ. 当クリニックの訪問診療サービスについて

当クリニックでは、患者様の「かかりつけ医」としての役割を務めさせていただくことを目的とし、「施設入居時等医学総合管理」を基本とした訪問診療サービスをご提供させて頂いています。

当クリニックの担当医師、当法人の医師がチームを組み 24 時間 365 日切れめのない診療体制を整備し、より良い療養環境の構築を支援させていただきます。

## Ⅱ. 訪問診療サービスの主な内容について

## 医療保険のサービス

## ■ 定期訪問診療

- ・ 患者様の状態を医師が判断し、適した頻度で定期的に診療を行います。
- ・ 「在宅療養計画書」を作成し、ご家族様へご郵送させていただきます。
- ・ 必要に応じて検査・処置・薬の処方を行います。

## ■ 24 時間緊急連絡体制

- ・ 緊急時に備え、24 時間 365 日体制で医師が緊急コールを受け付けます。
- ・ 必要に応じて、電話での診療も行います。

## ■ (臨時) 往診

- ・ 定期訪問診療以外の臨時診療が必要な場合、主治医を含む当医療法人の医師が施設を訪問し、診療を行います。

## ■ 訪問検査 (血液検査、心電図検査、レントゲン検査、超音波検査)

- ・ 必要に応じて、施設にて血液検査、心電図検査、レントゲン検査、超音波検査を実施します。

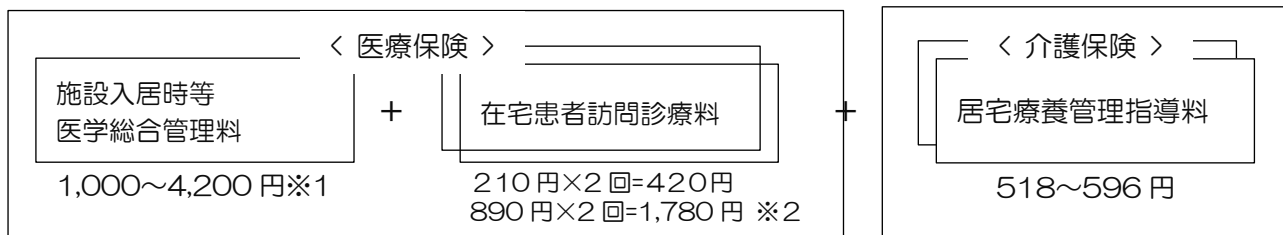
## 介護保険のサービス

- ・ 当クリニックは、介護保険制度「居宅療養管理指導」「介護予防居宅療養管理指導」の指定実施医療機関です。
- ・ 「居宅療養管理指導」「介護予防居宅療養管理指導」とは、介護保険制度において要支援・要介護の認定を受けられた方かつ、通院が困難な方に対し、継続的な医学的管理に基づき以下の内容を医師が行うものです。
  - ① 介護支援専門員(ケアマネージャー)様へ、サービス計画の作成等に必要な情報を提供します。
  - ② ご入居者や施設職員様(看護・介護者)へ、介護サービス利用上の留意事項や介護方法の指導・助言等を行います。
  - ③ その他、療養上必要な事項についての指導・助言等を行います。

### Ⅲ. 訪問診療サービスの費用について <令和3年4月現在>

訪問診療に係る費用は、一部を除き、医療保険・介護保険が適用されます。患者様のご病状等により異なりますので、ご不明な点があればいつでも当院までご連絡くださいませ。

■月2回訪問診療を受けられている患者様（医療保険1割/介護保険1割の場合）の目安



計 約 1,938~6,576円/月

※1 別途、必要に応じて往診料、電話再診料、検査料などが発生します。

※2 在宅患者訪問診療料は同一建物に居住する患者様の人数が1名の場合、890円になります。

※ 往診、検査等を施行した場合は上記費用に加算されます。

※ 院外薬局にてお薬代が別途かかります。

#### 1. 医療保険

##### ■施設入居時等医学総合管理料

通院が困難な患者様を対象とし、24時間対応するために係る費用です。罹患されているご病気や特別な医療機器、処置等の有無により異なります。

（末期悪性腫瘍、スモン、指定難病、脊椎損傷、真皮を超える褥瘡、在宅酸素療法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅自己導尿、在宅人工呼吸、気管切開、気管カニューレ使用、人工肛門または人口膀胱、ドレーンチューブ、または留置カテーテル使用、等の状態にある場合。）

##### ■在宅患者訪問診療料

定期的・計画的に施設に赴いて診療を行った場合にかかる費用です。

#### 後期高齢者・前期高齢者保険制度の一部負担金の限度額について

負担割合により自己負担上限額が決まっております。一ヶ月あたりの診療費の自己負担上限額は以下の通りとなります。

1割負担の患者様	18,000円	3割負担の患者様	I 課税所得 145万円以上：80,100円
			II 課税所得 380万円以上：167,400円
			III 課税所得 690万円以上：252,600円

#### 2. 介護保険

##### ■居宅療養管理指導料（月2回まで） / 医師が行う場合

通院が困難な患者様に対して、当該指定居宅療養管理指導事業所の医師が、当該利用者を訪ねて行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員に対するサービス計画の策定等に必要な情報提供並びに利用者や施設職員等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、1月に2回を限度として算定する。

① 居宅療養管理指導費（I） 445~514単位

② 居宅療養管理指導費（II） 259~298単位

※施設で診療を受けられている患者様の人数により異なります。

### Ⅳ. 相談窓口

医療法人社団平郁会 カスタマーサポートセンター  
TEL：0120-963-080（月～金 10:00～17:00）  
Email：cs@heiikukai.jp

以上

## 『訪問診療サービス』利用同意書

私は、書面にて訪問診療サービス内容及び費用を確認した上、下記サービスと注意点について同意します。

### 記

<医療保険サービス>

#### ■施設入居時等医学総合管理（施設入居時等医学総合管理料）

通院が困難な患者様を対象とし、24 時間対応する体制、またそれに係る費用。

#### ■在宅患者訪問診療（在宅患者訪問診療料）

定期的・計画的に施設に赴いて診療を行う、またそれに係る費用。

#### 訪問診療サービスを利用する上での注意点について

次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、サービス利用は終了するものとします。

1. 訪問診療サービスの自己負担金または利用料滞納が発生し、一定の期間を定め、支払いの申し入れを行った後、当クリニックへの自己負担金または利用料を支払わないとき。
2. 患者様またはその関係者による当クリニックおよび職員への過剰な要求、パワーハラースメント、セクシャルハラースメント、暴力等の人権を侵害する行為が認められ、当クリニックから改めるよう求めたにもかかわらず、その改善がみられなかったとき。
3. 患者様またはその関係者と当クリニックおよび職員の信頼関係が損なわれ、健全かつ円滑なサービスの提供が困難となったとき。

年 月 日

入居施設名 \_\_\_\_\_

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族は、私及びその家族の個人情報を、以下に記載するとおり、必要最小限の範囲内で使用すること及び第三者に提供することに同意します。

### 記

1. 病院は、提供された患者又は利用者の情報を、以下の各号の目的以外の目的に利用しないこと
  - (1) 訪問看護又は居宅サービスの提供
  - (2) 診療費請求のための事務及び病院の管理運営業務
  - (3) 企業等からの委託を受けて行なう健康診断等における企業等へのその結果の通知
  - (4) 医師賠償責任保険等に係る保険会社等への相談又は届出等
  - (5) 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料（アンケート調査を含む。）
  - (6) 病院又は研究機関で行なわれる教育及び医療の質の向上を目的とした症例研究
  - (7) 外部監査機関への情報提供
2. 以下の各号の場合に限り、第三者に提供することができること
  - (1) 利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者に提供する場合
  - (2) 前項各号の目的のために病院が業務を委託する者に提供する場合
  - (3) 前項各号に定める場合
  - (4) 個人情報保護法第 23 条の規定により第三者へ提供することができる場合
3. 条件
  - (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
  - (2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

医療法人社団平郁会

御中

年 月 日

<利用者>

入居施設名

氏名

印

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住所

氏名

印

## 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 契約書

御利用者 \_\_\_\_\_ 様 (以下「甲」という) と

医療機関 医療法人社団平郁会 (以下「乙」という) とは、

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

**第1条 (内容)**

乙が、甲（通院が困難な利用者）に対しその居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学的管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者及び居宅サービスを利用するその他の事業者に対して居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行います。また、利用者もしくはその家族等に対する居宅サービス利用上の留意点、介護方法等について、指導及び助言を行います。 ※事業者への情報提供については、個人情報ですので利用者の同意を得て行います。

**第2条 (費用)**

在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合は、月に2回を限度とし1回あたり259円～298円、その他の場合は月に2回を限度とし1回あたり445円～514円を甲は居宅療養管理指導サービスの対価として月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

※負担割合証に記載されている利用者負担割合及び回数により利用者負担額が異なります。

※介護報酬改定等により変更が生じた場合は、改定後の費用とする。

**第3条 (契約期間)**

契約期間は、契約締結日から要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

**第4条 (訪問診療サービスを利用する上での注意点について)**

次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、サービス利用は終了するものとします。

- 1) 訪問診療サービスの自己負担金または利用料滞納が発生し、一定の期間を定め、支払いの申し入れを行った後、当クリニックへの自己負担金または利用料を支払わないとき。
- 2) 患者様またはその関係者による当クリニックおよび職員への過剰な要求、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、暴力等の人権を侵害する行為が認められ、当クリニックから改めるよう求めたにもかかわらず、その改善がみられなかったとき。
- 3) 患者様またはその関係者と当クリニックおよび職員の信頼関係が損なわれ、健全かつ円滑なサービスの提供が困難となったとき。

**第5条 (協議事項)**

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲及び乙は署名捺印の上、各自1通ずつを保有することとします。

年 月 日

サービスの提供にあたり、上記の内容を理解しました。

利用者（甲） 入居施設名

氏名

印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住所

氏名

印

医療機関（乙） 住所

名称

印

## 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導 契約書

御利用者 \_\_\_\_\_ 様 (以下「甲」という) と

医療機関 医療法人社団平郁会 (以下「乙」という) とは、

居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

### 第1条 (内容)

乙が、甲（通院が困難な利用者）に対しその居宅を訪問して行う計画的、継続的な医学的管理を基に、利用者が居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業者及び居宅サービスを利用するその他の事業者に対して居宅サービス計画の策定等に必要の情報提供を行います。また、利用者もしくはその家族等に対する居宅サービス利用上の留意点、介護方法等について、指導及び助言を行います。 ※事業者への情報提供については、個人情報ですので利用者の同意を得て行います。

### 第2条 (費用)

在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合は、月に2回を限度とし1回あたり259円～298円、その他の場合は月に2回を限度とし1回あたり445円～514円を甲は居宅療養管理指導サービスの対価として月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

※負担割合証に記載されている利用者負担割合及び回数により利用者負担額が異なります。

※介護報酬改定等により変更が生じた場合は、改定後の費用とする。

### 第3条 (契約期間)

契約期間は、契約締結日から要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。但し、上記の契約期間の満了日前に、甲が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護（支援）認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護（支援）認定有効期間の満了日までとします。

### 第4条 (訪問診療サービスを利用する上での注意点について)

次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、サービス利用は終了するものとします。

- 1) 訪問診療サービスの自己負担金または利用料滞納が発生し、一定の期間を定め、支払いの申し入れを行った後、当クリニックへの自己負担金または利用料を支払わないとき。
- 2) 患者様またはその関係者による当クリニックおよび職員への過剰な要求、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、暴力等の人権を侵害する行為が認められ、当クリニックから改めるよう求めたにもかかわらず、その改善がみられなかったとき。
- 3) 患者様またはその関係者と当クリニックおよび職員の信頼関係が損なわれ、健全かつ円滑なサービスの提供が困難となったとき。

### 第5条 (協議事項)

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本証2通を作成し、甲及び乙は署名捺印の上、各自1通ずつを保有することとします。

年 月 日

サービスの提供にあたり、上記の内容を理解いたしました。

利用者（甲） 入居施設名

氏名

印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住所

氏名

印

医療機関（乙） 住所

名称

印



提出④

### 請求書・領収書 送付依頼書

医療法人社団平郁会 の『訪問診療サービス』  
費用に関する請求書・領収書を下記までお送りください。

日 付	年 月 日	
ご入居者様	ふりがな	
	お名前	
	施設名	
ご記入者様	ふりがな	
	お名前	
	ご住所	〒           —
	お電話	(                    )
	ご本人との関係	
支払方法	希望される支払方法に「レ」をご記入ください。 <input type="checkbox"/> : 口座振替 (口座振替依頼書をご提出ください) <input type="checkbox"/> : 銀行振込 (口座振替依頼書のご提出は不要)	
請求書 領収書 送付先	<input type="checkbox"/> : ご記入者様と同じ (□に「レ」をご記入ください) ※ご記入者様と異なる場合は、下記をご記入ください。	
	ふりがな	
	お名前	
	ご住所	〒           —
	お電話	(                    )
	ご本人との関係	

# 預金口座振替依頼書 自動払込利用申込書(収)

年 月 日



銀行  
金庫 御中  
組合

私は、右記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から、預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納企業名 三菱UFJファクター株式会社 (収納代行会社)
-------------------------------------

**【フリガナ欄 注意事項】**

- 法人の場合、「株式会社は(カ)」「有限会社は(コ)」等と略語でご記入ください。(預金者名欄は略さずご記入下さい)
- 左づめで記入し、濁点、半濁点は1字分に扱ってください。個人名義の場合、姓と名の間は1字空けてください。
- ゆうちょ銀行の場合はお届け内容を正確にご記入ください。

お手許の通帳により太枠内に正確にご記入ください。(強く書いてください。)

フリガナ											金融機関	お届け印
預金者名	※法人の場合は、会社名、金融機関お届けの肩書き、代表者名まで全て省略せずご記入ください。											

**※ゆうちょ銀行以外の金融機関ご利用の場合**

銀行 金庫 組合	支店	預金種目 (どちらか一方〇印)	口座番号 (数字のみを右づめでご記入ください)
銀行番号	店番号	1. 普通 2. 当座	
コード			

お届け印の誤りや印鑑不鮮明で書類が戻るケースが多く見受けられます。印鑑は必ず確認のうえ鮮明に押ししてください。

いずれか一方に記入

**※ゆうちょ銀行ご利用の場合**

種目コード	契約種別コード	記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	番号 (右づめでご記入ください)
166	301	0	※
払込先 口座番号	00140-9-654553	払込先 加入者名	三菱UFJファクター株式会社

振替日 (払込日) 6日・12日・20日・26日・**27日**・月末日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)

— 預金口座振替規定 — ※ゆうちょ銀行を除く。

- 銀行、金庫、組合等(以下銀行という)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
  - 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
  - この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
  - この預金口座振替についてかたがたに紛議が生じて、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。
- \*ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

金融機関 使用欄	(不備返却事由)	検
	1. 預金取引なし 2. 記載事項等相違 (店名、預金種目、 口座番号、 口座名義 (備考))	3. 印鑑相違 4. 印鑑不鮮明 5. 該当口座なし 6. その他
		印 鑑 照 合 受 付 印

**(委託者使用欄)** ※委託者番号・委託者名は必ずご記入ください。

委託者番号・契約者番号											
委託者名		料金等の種類									
契約者	住所	電話 ( )									
	フリガナ										
	氏名										

↑ (預金者と異なる場合のみご記入ください)

(金融機関へお願い)

- この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が三菱UFJファクター株式会社(収納代行会社)から送付され、記載内容に不備がありましたら、上記の不備返却事由に〇印をつけて右記へご送付ください。

三菱UFJファクター株式会社(収納代行会社)は、委託者(収納企業)から委託を受けた代金回収代行業務を適切に遂行する為、委託された個人情報を取扱います。

不備返却先

〒101-8637 東京都千代田区神田淡路町2丁目101番地  
ワテラストワー  
三菱UFJファクター株式会社(ワイドネット)  
TEL 03-3251-8091

(お客様→委託者→三菱UFJファクター→金融機関)

