

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
電話番号

保険者 殿

指定訪問看護事業者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保 険 者 番 号				県 番 号		ス テ ー シ ョ ン コ ー ド	
				3	5		

国民健康保険

		件 数	日 数	金 額	負担金額	備 考
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請 求					
	※決 定					
一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求					
	※決 定					
一般被保険者	請 求					
	※決 定					
一般被保険者 (6歳)	請 求					
	※決 定					

公費負担医療

		件 数	日 数	金 額	負担金額	備 考
	請 求					
	※決 定					
	請 求					
	※決 定					
	請 求					
	※決 定					

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
電話番号

() 広域連合 殿

指定訪問看護事業者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保 険 者 番 号				県 番 号	ス テ ー シ ョ ン コ ー ド
3	9			3 5	

後期高齢者医療

		件 数	日 数	金 額	負担金額	備 考
後期高齢 一般・低所得	請 求					
	※決 定					
後期高齢7割	請 求					
	※決 定					

公費負担医療

		件 数	日 数	金 額	負担金額
	請 求				
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				
	請 求				
	※決 定				

- 備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。