

平成 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。

印

平成 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					
退職者 (本人)	請 求					
	※決 定					
退職者 (被扶養者)	請 求					
	※決 定					
退職者 (6歳)	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				

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

平成 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

印

下記のとおり請求する。

平成 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9割	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				
	請 求				
	※決 定				

注意 ※印の欄は、記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。