

平成 年 月分 訪問看護療養費請求書

保険者

様

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
電話番号
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					表別	
					1	0							6

区分		件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	金額	負担金額	備考
国民健康保険(退職被保険者)	本人	請求①						
	七割	※決定						
	七〇歳以上	請求②						
	九割	※決定						
	七〇歳以上	請求③						
	七割	※決定						
	被扶養者	請求④						
	七割	※決定						
	六	請求⑤						
	歳	※決定						

- 注 1 「※決定」欄は記載しないでください。
 2 公費分件数欄は公費負担医療費の件数を、福祉分件数欄は福祉医療費の件数を再掲してください。

退

職