

平成 年 月分 訪問看護療養費請求書

保 険 者

後期高齢者医療広域連合様

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	
3	9					1	0							6

後 期 高 齢 者 医 療

		件 数	日 数	金 額	負 担 金 額
後 期 高 齢 9 割	請求①				
	※決定				
後 期 高 齢 7 割	請求②				
	※決定				

公費負担医療（再掲）

		件 数	日 数	金 額	負 担 金 額	基本利用料
	請 求					
	※決定					
	請 求					
	※決定					
	請 求					
	※決定					
	請 求					
	※決定					

注1 「※決定」欄は記載しないでください。