

# 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(被保険者)	七〇歳・低所得以上	請求①					
		※決定					
	七〇歳以上七割	請求②					
		※決定					
	被保険者七割	請求③					
		※決定					
	被保険者割	請求④					
		※決定					
	六歳	請求⑤					
		※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。