

# 令和 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。

令和 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