

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
10			6

区分	件数	公費分件数 (再掲)	福祉分件数 (再掲)	日数	金額	備考
国民健康保険	七〇歳以上 一般・低所得	請求①				
		※決定				
健康保険	七〇歳以上七割	請求②				
		※決定				
(一般被保険者)	被保険者七割	請求③				
		※決定				
被保険者	割	請求④				
		※決定				
(六歳)	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。