

# 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	本人	請求①				
	七割	※決定				
七〇歳以上九割	七〇歳以上	請求②				
	九割	※決定				
七〇歳以上七割	七〇歳以上	請求③				
	七割	※決定				
被扶養者七割	被扶養者	請求④				
	七割	※決定				
六歳	六歳	請求⑤				
	六歳	※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。  
 3 区分欄の「七〇歳以上九割」及び「七〇歳以上七割」は平成20年3月診療分以前のレセプトに係わる請求がある場合に記載してください。

退

職