

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

下記のとおり請求する。

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

平成 年 月 日

保 険 者 番 号							県 番 号	ス テ ー シ ョ ン コ ー ド						
3	9						1	0						

表 別
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。

後 期 高 齢