

令和 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

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

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 |
|-----------|---|--|--|---|---|---|-----|---|-----------|--|--|--|--|--|----|
| 3         | 9 |  |  | / | / | / | 1   | 0 |           |  |  |  |  |  | 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。