

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

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 七 割	請求①							
		※決定							
	七〇歳以上九割	請求②							
		※決定							
	七〇歳以上七割	請求③							
		※決定							
	被扶養者七割	請求④							
		※決定							
	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。