

令和 年 月分

訪問看護療養費請求書

各 広域連合 殿
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
指定訪問看護事業者氏名
電 話 番 号

令和 年 月 日

| 保 険 者 番 号 | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |

| 県番 | ステーションコード | | | |
|-----|-----------|--|--|--|
| 2 1 | | | | |

| 表別 |
|----|
| 6 |

後 期 高 齢 者

| | | 件数 | 日数 | 金額 | 負担金額 |
|------------------------|-----|----|----|----|------|
| 後 期 高 齢 一 般 ・ 低 所 得 | 請求 | | | | |
| | ※決定 | | | | |
| 後 期 7 割 | 請求 | | | | |
| | ※決定 | | | | |

公費負担医療

| | | 件数 | 日数 | 金額 | 負担金額 | 患者負担額 |
|--|-----|----|----|----|------|-------|
| | 請求 | | | | | 円 |
| | ※決定 | | | | | |
| | 請求 | | | | | |
| | ※決定 | | | | | |
| | 請求 | | | | | |
| | ※決定 | | | | | |

※欄は記入しないこと。

| ※高額療養費 | 件数 | |
|--------|----|--|
| | 金額 | |