

平成 年 月分

訪問看護療養費請求書

3	9					
---	---	--	--	--	--	--

都道府  
県番号

40

ステーション  
コード

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  
電話番号  
指定訪問看護事業者等氏名

平成 年 月 日

後期高齢者医療

㊦

		件数	日数	金額	精神等各法負担 金額
㊦ 医後 期高 齢 療者	後期9割	請求㊸			
		※決定㊸			
	後期7割	請求㊹			
		※決定㊹			

公費負担医療

		件数	日数	金額	精神等各法負担 金額	基本利用料
	請求				/	
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					
	請求					
	※決定					

※高額療養費	件数	
	金額	円

注意 ※印の欄は記入しないこと。