

平成 年 月分 訪問看護療養費・訪問看護療養費請求書

保 険 者

--	--	--	--	--

都道府 都道府
県番号 40 ステーション
コー ド

(別 記) 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



国民健康保険

		件 数	日 数	金 額	負担金額
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 ⑧				
	※決定 ⑧				
一般被保険者 (70歳以上7割)	請求 ⑩				
	※決定 ⑩				
一般被保険者	請求				
	※決定				
一般被保険者 (6歳)	請求 ④				
	※決定 ④				
退職者 (本人)	請求				
	※決定				
退職者 (被扶養者)	請求 ⑥				
	※決定 ⑥				
退職者 (6歳)	請求 ④				
	※決定 ④				

公費負担医療

		件 数	日 数	金 額	負担金額
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	