

訪問看護療養費請求書

令和 年 月分

保険者 殿

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

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
						0	4							6

区 分			件 数	日 数	金 額	負担金額
国 民 健 康 保 険 者	一 般 被 保 険 者	70歳以上 一般・低所得				
		70歳以上 7割				
		7割				
		6歳				
	保 退 職 者	割				
		本 人				
		被扶養者				
		6歳				

公費負担医療 (再掲)		件 数	日 数	金 額	負担金額

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

注意 ※印の欄は記入しないこと