

訪問看護療養費請求書

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

令和 年 月 日

後期高齢者医療		保 険 者 番 号								県番号		ステーションコード								表 別
		3	9							0	4							6		
		件数		日数		金額				負担金額										
後期高齢9割	請求																			
	※決定																			
後期高齢8割	請求																			
	※決定																			
後期高齢7割	請求																			
	※決定																			

公費負担医療(再掲)		件数	日数	金額	負担金額
	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。