

令和 年 月分

訪問看護療養費請求書

保 険 者

訪問看護ステーション

各 広域連合 殿

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

広域連合番号	県番号	ステーションコード

後期高齢者医療

		件 数	日 数	金 額	負担金額
後期高齢 一般・低所得	請求				
	※決定				
後期高齢7割	請求				
	※決定				

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	件数	
	金額	

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。