

令和 年 月分

訪問看護療養費請求書

広域連合殿

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

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。