

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

保険者コード

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

保険者名

様

県コード
32

ステーションコード

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

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
電話番号

国民健康保険

| | | | 件数 | 日数 | 金額 | 基本利用料 | |
|--------------------|--------------------------|----------------|----|----|----|-------|--|
| 一般被 保 険 者 | 一般被保険者① (70歳以上一般・低所得) | 請求 | | | | | |
| | | 決定 | | | | | |
| | 一般被保険者② (70歳以上7割) | 請求 | | | | | |
| | | 決定 | | | | | |
| | 一般被保険者③ | 請求 | | | | | |
| | | 決定 | | | | | |
| 25 | 一般被保険者④ (6歳) | 請求 | | | | | |
| | | 決定 | | | | | |
| 退 職 者 | 退職者① (本人) | 請求 | | | | | |
| | | 決定 | | | | | |
| | 退職者② (70歳以上9割) | 請求 | | | | | |
| | | 決定 | | | | | |
| | 退職者③ (70歳以上7割) | 請求 | | | | | |
| | | 決定 | | | | | |
| | 67 | 退職者④ (被扶養者) | 請求 | | | | |
| | | | 決定 | | | | |
| | 退職者⑤ (6歳満) | 請求 | | | | | |
| | | 決定 | | | | | |

公費負担医療（再掲）

| 区分 | コード | 件数 | 金額 | 患者負担額 |
|---------|-----|----|----|-------|
| 更生医療 | 15 | | | |
| 原爆医療 | 19 | | | |
| 精神通院 | 21 | | | |
| 特定疾患 | 51 | | | |
| 児童・知的 | 53 | | | |
| 難病医療 | 54 | | | |
| 石綿医療 | 66 | | | |
| 障害児施設医療 | 79 | | | |
| 乳幼児等医療 | 90 | | | |
| 福祉医療 | 91 | | | |
| | | | | |
| | | | | |

注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。
2. 公費再掲欄には一般、退職を合算の上、記入して下さい。