

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

県コード ステーションコード

32

--	--	--	--	--	--

広域連合様

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

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

後期高齢者医療

			件数	日数	金額	基本利用料
後期 高齢者 ⑳	一般・低所得者 ①	請求				
		決定				
	7割 ②	請求				
		決定				

公費負担医療（再掲）

法別番号	区分	件数	金額	患者負担額
15	更生医療			
19	原爆医療			
21	精神通院			
51	特定疾患			
54	難病医療			
66	石綿医療			
91	福祉医療			

注 1. 太枠欄のみ記入して下さい。

2. 公費再掲欄には一般・低所得者、7割を合算の上、記入して下さい。