

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

下記のとおり請求する。
令和 年 月 日

ステーションコード

県コード
32

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

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
国民健康保険 ②⑤	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				
	一般被保険者④ (6歳)	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			
53	児童福祉			
54	難病医療			
66	石綿医療			
79	障害児施設医療			
90	乳幼児等医療			
91	福祉医療			

- 注 1. 太枠欄のみ記入してください。
2. 公費再掲欄には一般の各区分①～④を合算の上、記入してください。