

令和 年 月分

訪問看護療養費請求書

保 険 者

ステーションコード

(別 記) 殿

下記のとおり請求する。

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

令和 年 月 日

国民健康保険

		件 数	日 数	金 額	負担金額
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求				
	※決定				
一般被保険者 (70歳以上7割)	請求				
	※決定				
一般被保険者	請求				
	※決定				
一般被保険者 (6歳)	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 この用紙は、A列4番とすること。