

訪問看護療養費総括票

(後期高齢者医療)

令和 年 月分

ステーションコード

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

下記のとおり提出する。

ステーションの
所在地及び名称

開設者氏名
電話番号

印

令和 年 月 日

区 分		件 数
39 後期 高齢者 医療	9 割	
	7 割	
	合 計	

公 費 件 数	
---------	--

備 考	
-----	--

	点検	パンチ日	審査補正	補記作業	高点
※					

注. ※印欄は記入しないでください。