

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書 その1

保険者

殿

訪問看護ステーションの  
所在地及び名称  
事業者氏名  
電話番号

下記の通り請求する。

印

令和 年 月 日

保険者番号				県番号	点区	ステーションコード				
				4	7	6				

国保一般給付割合			
7	8	9	10

			件数	日数	金額	負担金額	備考
08 国民健康保険	090 一般保険者 (70歳以上 一般・低所得)	請求					
		※決定					
	080 一般被保険者 (70歳以上7割)	請求					
		※決定					
	070 一般被保険者	請求					
		※決定					
	083 一般被保険者 (6歳)	請求					
		※決定					
67 退職医療保険	081 本人	請求					
		※決定					
	090 70歳以上 9割	請求					
		※決定					
	080 70歳以上 7割	請求					
		※決定					
	082 被扶養者	請求					
		※決定					
	083 6歳	請求					
		※決定					
27 老人保健	090 老人9割	請求					
		※決定					
	080 老人7割	請求					
		※決定					
公費負担医療		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					
		請求					
		※決定					

注意 ※印の欄は記入しないこと

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	