

平成 27 年 6 月分

訪問看護療養費請求書

保険者
(沖縄県後期高齢者医療広域連合) 殿
下記の通り請求する。

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
那覇市西3-14-18
訪問看護ステーション
事業者氏名
国保 太郎
電話 番号
098-863-2473

後期高齢者医療

平成 27 年 7 月 10 日

| 保険者番号 | | | | 県番号 | 点区 | ステーションコード | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|-----|----|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 4 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | 6 | 0 | 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| 39 後期 高齢者 医療 | 090 | 9 割 | 請求 | 件数 | 日数 | 金額 | 負担金額 | 備考 | |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|----|---------|--------|----|-----|
| | | | | ※決定 | 請求 | ※決定 | 請求 | | ※決定 |
| | | | 請求 | 2 | 24 | 400,000 | 20,000 | | |
| | | | ※決定 | | | | | | |
| | 070 | 7 割 | 請求 | 1 | 12 | 150,000 | 44,400 | | |
| | | | ※決定 | | | | | | |
| 公費 負担 医療 | 54 | | 請求 | 2 | 24 | 350,000 | 6,000 | | |
| | | | ※決定 | | | | | | |
| | | | 請求 | | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | | |
| | | | 請求 | | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | | |
| | | | 請求 | | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | | |
| | | | 請求 | | | | | | |
| | | | ※決定 | | | | | | |

後期高齢者医療は、請求書1枚へまとめる。「39470000」

右の例④⑤⑥より、請求書の記載例

| | | |
|--------|----|---|
| ※高額療養費 | 件数 | |
| | 金額 | 円 |

訪問看護療養費明細書
平成 27 年 06 月分

6 訪問 3 後期 1 単独 8 高齢一

保険者番号 39472014

氏名 例④

訪問看護ステーションの所在地及び名称

心身の状態

請求 200,000 円 負担金額 12,000 円

自己負担限度額を超えた時に限度額を記載する。
70歳以上、一般自己負担限度額12,000円(徴収額)

訪問看護療養費明細書
平成 27 年 06 月分

6 訪問 3 後期 2 2併 8 高齢一

保険者番号 39472089

氏名 例⑤

訪問看護ステーションの所在地及び名称

心身の状態

請求 200,000 円 負担金額 8,000 円

70歳以上は、公費51・54併用の場合のみ「17上位・18一般・19低所」を各区分に応じて記載する

70歳以上の低所得者は、「I」か「II」を記載

低所得II

訪問看護療養費明細書
平成 27 年 06 月分

6 訪問 3 後期 2 2併 0 高齢7

保険者番号 39472154

氏名 例⑥

訪問看護ステーションの所在地及び名称

心身の状態

請求 150,000 円 負担金額 44,400 円

自己負担限度額を超えた時に限度額を記載する。
例⑥:公費負担39,400円
利用者負担5,000円

注意 ※印の欄は記入しないこと