

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	0	0	1	3	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				国保は、市町村ごとに 保険者番号を記載する。
	080 一般被保険者 (70歳以上7割)	請求				
	070 一般被保険者	請求				
	083 一般被保険者 (6歳)	請求				
67 退職医療保険	081 本人	請求				
	090 70歳以上 9割	請求				
	080 70歳以上 7割	請求				
	082 被扶養者	請求				
	083 6歳	請求				
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	

記載例①

○ 訪問看護療養費明細書 都道府県番号 訪問看護ステーションコード

令和 年 月 分

6 訪問 1 社・国 2 2併 0高齡7 8高齡一

公費負担者番号①	2 8 4 7 0 6 0 7	公費負担医療の受給者番号①	9 9 9 9 9 9 6	保険者番号		給付	1 0 9 8
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		番号			7 ()

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令	特記	限度額認定証等の所得区分に応じた記載
訪問した場所	1 自宅 2 施設() 3 その他()		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

・高齢受給者(70~74歳)
 ・自己負担割合が1~3割(8高齡一、0高齡7)の方共通
 ・コロナ自宅療養者に係る公費(28)併用

請求金額×自己負担割合で算出した金額が**18,000円**以上である場合、高額療養費が発生するため、負担金額(保険)欄に「18,000円」と記載します。

※8高齡一 かつ 30区才である(低所得)場合は、備考欄へ「低所得1」または「低所得2」を記載してください。

提供先	2 学校等 1 入園・入学 2 転園・転学 3 医療的ケアの変更	備考	低所得 I または 低所得 II
	3 保険医療機関等 1 保険医療機関 2 介護老人保健施設 3 介護医療院		

負担金額	保険	18,000 円
	① 公費	0 円
	② 公費	円
金公費負担額	① 公費	円
	② 公費	円

※高額療養費

記載例②

○ 訪問看護療養費明細書 都道府県番号 訪問看護ステーションコード

令和 年 月 分

6 訪問 1 社・国 2 2併 0高齡7 8高齡一

公費負担者番号①	2 1 X X X X X X	公費負担医療の受給者番号①		保険者番号		給付	1 0 9 8
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		番号			7 ()

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令	特記	限度額認定証等の所得区分に応じた記載
訪問した場所	1 自宅 2 施設() 3 その他()		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

・高齢受給者(70~74歳)
 ・自己負担割合が1~3割(8高齡一、0高齡7)の方共通
 ・自立支援医療に係る公費(21)併用

請求金額×自己負担割合で算出した金額が**18,000円**以上である場合、高額療養費が発生するため、負担金額(保険)欄に「18,000円」と記載します。

※この場合、8高齡一 かつ 30区才である(低所得)場合は、備考欄へ「低所得1」または「低所得2」を記載してください。

負担金額(公費)欄については、高額療養費の発生にかかわらず、自立支援医療における自己負担額を記載してください。

提供先	2 学校等 1 入園・入学 2 転園・転学 3 医療的ケアの変更	備考	低所得 I または 低所得 II
	3 保険医療機関等 1 保険医療機関 2 介護老人保健施設 3 介護医療院		

負担金額	保険	18,000 円
	① 公費	円
	② 公費	円

訪問看護については、沖縄県特別公費負担(マル特)の適用がないため、自己負担上限額まで、自己負担が生じます。
 ※自己負担上限額管理票を要確認。

記載例③

○ 訪問看護療養費明細書 都道府県番号 訪問看護ステーションコード

令和 年 月 分

6 訪問 1 社・国 2 2併 0高齡7 8高齡一

公費負担者番号①	5 4 X X X X X X	公費負担医療の受給者番号①		保険者番号		給付	1 0 9 8
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②		番号			7 ()

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令	特記	限度額認定証等の所得区分に応じた記載
訪問した場所	1 自宅 2 施設() 3 その他()		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

・高齢受給者(70~74歳)
 ・自己負担割合が1~3割(8高齡一、0高齡7)の方共通
 ・特定医療費(指定難病)に係る公費(54)併用

請求金額×自己負担割合で算出した金額が**自己負担限度額**を超える場合、高額療養費が発生するため、負担金額(保険)欄に **所得区分に応じた自己負担限度額** を記載してください。

※この場合、8高齡一 かつ 30区才である(低所得)場合は、備考欄へ「低所得1」または「低所得2」を記載してください。

負担金額(公費)欄については、高額療養費の発生にかかわらず、特定医療(難病)における自己負担額を記載してください。

提供先	2 学校等 1 入園・入学 2 転園・転学 3 医療的ケアの変更	備考	低所得 I または 低所得 II
	3 保険医療機関等 1 保険医療機関 2 介護老人保健施設 3 介護医療院		

負担金額	保険	円
	① 公費	円
	② 公費	円

自己負担上限額に達するまでは2割(1割の者は1割)分徴収した金額を記載する。
 ※自己負担上限額管理票を要確認。

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。 2. ※印の欄は、記入しないこと。