

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

後期高齢者の請求書は、
保険者番号「39470000」と記載し、
1枚にまとめて計上する。

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						
3	9	4	7	0	0	0	4	7	6						

			件数	日数	金額	負担金額	備考
39 後期 高齢者 医療	090	一般・低所得	請求				
			※決定				
	070	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				
			請求				
			※決定				
			請求				
			※決定				
			請求				
			※決定				
			請求				
			※決定				

旧様式では、「9割」でしたが、令和4年4月から「一般・低所得」へ変更となりました。
後期高齢者の8割、9割のレセプトは、こちらの区分で計上してください。

注意 ※印の欄は記入しないこと

※高額療養費	件数	
	金額	円

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

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	3 9 X X X X X X	給付	1 0 9 8 7 ()
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②					

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 生

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

特記 限度額認定証等の所得区分に応じた記載

・後期高齢者
・自己負担割合が1～3割(8高齢一、0高齢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高齢一 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

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	3 9 X X X X X X	給付	1 0 9 8 7 ()
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②					

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 生

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

特記 限度額認定証等の所得区分に応じた記載

・後期高齢者
・自己負担割合が1～3割(8高齢一、0高齢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高齢一 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。
※自己負担上限管理票 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

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	3 9 X X X X X X	給付	1 0 9 8 7 ()
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②					

氏名 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 生

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

特記 限度額認定証等の所得区分に応じた記載

・後期高齢者
・自己負担割合が1～3割(8高齢一、0高齢7)の方共通
・特定医療費(指定難病)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高齢一 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。
※自己負担上限管理票 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。