

令和 年 月 分

訪問看護療養費請求書

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						
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				
			請求				
			※決定				

注意 ※印の欄は記入しないこと

※高額療養費	件数	
	金額	円