

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

保険者

訪問看護ステーション  
の所在地及び名称

殿

電話番号

指定訪問看護事業者氏名

印

下記のとおり請求する

令和 年 月 日

保険者番号	県番号	ステーションコード

		件数	日数	金額	負担金額	
国民健康保険 被 険 者	一般被保険者	請求				
	(70歳以上一般・低所得)	※決定				
	一般被保険者	請求				
	(70歳以上7割)	※決定				
	一般被保険者	請求				
		※決定				
	一般被保険者	請求				
	(6歳)	※決定				
	退職者	本人	請求			
			※決定			
退職者	被扶養者	請求				
		※決定				
退職者	6歳	請求				
		※決定				

公費負担医療		請求			
		※決定			
公費負担医療		請求			
		※決定			
公費負担医療		請求			
		※決定			

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

- 注意 1. ※印の欄は、記入しないこと。  
 2. 請求書は各保険者(市町、組合)毎に1枚添付してください。  
 3. 公費負担医療は、一般被保険者、退職者欄の再掲です。
- 備考 この用紙は日本工業規格A列4番とすること。