

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

広域連合

殿

訪問看護ステーション
の所在地及び名称

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

県番号	ステーションコード				

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	負担金額
後期高齢者 9 割	請求				
	※決定				
後期高齢者 7 割	請求				
	※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	件数	
	金額	

- 注意 1. ※印の欄は、記入しないこと。
 2. 公費負担医療は、後期高齢者欄の再掲です。
 備考 この用紙は日本工業規格A列4番とすること。