審査支払様式第四号（連）

□年□月分　訪問看護療養費　送り状（国保連合会宛）

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
指定訪問看護事業者氏名

レセ区分	0	2	3
採択	⑥		
B･H			

府県　□□

ステーションコード　□□□□□□□

後期高齢者医療

区分 法制	番号		請求 件数	請求 金額	負担金額	増減点 増	増減点 減	返戻 件数	返戻 金額	修正区分
39	9	後期高齢者9割								
	7	後期高齢者7割								

公費負担医療

	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									
	0									

注意　1、公費負担医療は後期高齢者欄の再掲です。
　　2、公費は、公費負担医療欄に記入してください。