令和　　年　　月分

訪問看護療養費請求書

保 険 者
(　　)殿
下記のとおり請求する。

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

令和　　年　　月　　日

保険者番号	県番号	ステーションコード
	3 1	

Ⓔ 国民健康保険

		件　数	日数	金額	負担金額
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求 02				
	※決定 04				
一般被保険者 (70歳以上・7割)	請求 12				
	※決定 14				
一般被保険者	請求 22				
	※決定 24				
一般被保険者 (6歳)	請求 32				
	※決定 34				
退職者 (本人)	請求 42				
	※決定 44				
退職者 (被扶養者)	請求 72				
	※決定 74				
退職者 (6歳)	請求 82				
	※決定 84				

Ⓖ 公費負担医療

		件　数	日数	金額	負担金額
	請求 2				
	※決定 4				
	請求 2				
	※決定 4				
	請求 2				
	※決定 4				
	請求 2				
	※決定 4				
	請求 2				
	※決定 4				
	請求 2				
	※決定 4				
	請求 2				
	※決定 4				