

第 三 種 郵 便 物 認 可 日
明 治 二 十 五 年 三 月 三 十 一 日

平成 年 月 分

訪問看護療養費請求書

保 險 者

ステーションコード

(別 記) 殿

下記のとおりに請求する。

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

平成 年 月 日

印

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				
	※決定				
一般被保険者 (70歳以上 7 割)	請求				
	※決定				
一般被保険者	請求				
	※決定				
一般被保険者 (6 歳)	請求				
	※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

		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	一般被保険者	件数 金額		退職者	件数 金額	
--------	--------	----------	--	-----	----------	--

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

様式第二