

様式第三

平成 年 月分 訪問看護療養費請求書

保 險 者 各広域連合 殿

ステーションコード _____

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

後期高齢者医療

		件 数	日 数	金 額	負担金額
後期高齢 9 割	請求				円
	※決定				
後期高齢 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				

印

※高額療養費	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。