

令和 年 月 分

訪問看護療養費請求書

保険者
(別記) 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

下記のとおり請求する。

保 険 者 番 号				

県 番 号
25

ス テ ー シ ョ ン コ ー ド

令和 年 月 日

		療 養 の 給 付				備 考	
		件 数	日 数	金 額	負 担 金 額		
国 民 健 康 保 険 者	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請 求 91	件	日	円	円	
		※ 決 定					
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請 求 81					
		※ 決 定					
	一般被保険者	請 求 71					
		※ 決 定					
	一般被保険者 (6 歳)	請 求 31					
		※ 決 定					
	退 職 者	本 人	請 求 851				
			※ 決 定				
		被扶養者	請 求 771				
			※ 決 定				
	6歳	請 求 371					
		※ 決 定					
公 費 負 担 医 療	福 祉	請 求 401	件	日	円	円	
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					
		請 求					
		※ 決 定					

様式第二 (第二条関係)

- 備考 1. この用紙は、A列4版クリーム色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。
 2. ※印の欄は、記入しないでください。
 3. 福祉医療については、公費負担医療の福祉欄(請求401)に再掲し、福祉医療分を合計の上、記載してください。