

# 後期高齢者医療訪問看護療養費請求書

様式第三

平成 年 月 日

訪問看護ステーションの所在地

各広域連合 様

名 称

指定訪問看護事業者氏名

印

下記のとおり請求する。

		保 険 者 番 号				県番号	ステーションコード
		3	9			2	8
平成 年 月 日							
請求区分	件数	日数	金額	精神等各法負担金額	備 考		
後期高齢 9割	請求		円	円			
	※決定						
後期高齢 7割	請求						
	※決定						

請求区分	件数	日数	金額	精神等各法負担金額	基本利用料		
公費負担医療	請求		円	/	円		
	※決定			/			
	請求			円			
	※決定						
	請求						
	※決定						

備 考

備考 1 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。  
 2 表については、太線の表のみ記入してください。

※高額療養費	件数	
	金額	円