

後期高齢者医療訪問看護療養費請求書

様式第三

令和 年 月分

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

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

令和 年 月 日

請求区分	件数	日数	金額	負担金額	備考
後期高齢 一般・低所得	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	負担金額
公費負担医療	請求		円	円
	※決定			
	請求			
	※決定			
	請求			
	※決定			

備考

- 備考 1 この用紙は、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