

国民健康保険訪問看護療養費請求書

令和 年 月 日 訪問看護ステーションの所在地
 保険者 様 名 称
 指定訪問看護事業者氏名

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保 険 者 番 号	県 番 号	ス テ ー シ ョ ン コ ー ド
	2 8	

請 求 区 分		件 数	日 数	金 額	負担金額	備 考	
国 民 健 康 保 険	一 般 被 保 険 者	70歳以上 一般・低所得			円		円
		70歳以上 7割					
		一般被 保険者					
		6歳					
退 職 者	本 人						
	被扶養者						
	6歳						
請求合計							
決定合計							

請 求 区 分	件 数	日 数	金 額	負担金額
公費 負担 医療			円	円
				円

総 計 誤 算		増 減 状 況	
増 額	減 額	増 額	減 額
円	円	円	円

高額療養費	件 数	金 額
一般被保険者		円
退 職 者		

件	円
件	円

返 戻	件 数	日 数	金 額	負担金額
			円	円

- 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。