

令和 年 月分 訪問看護療養費総括票

国民健康保険

後期高齢者医療

	保 険 者 名	件 数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

	保 険 者 名	件 数
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
	小 計	
	合 計	

	広 域 連 合 名	件 数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
	小 計	
	合 計	

各合計欄について
総括票が2枚以上にわたる場合は、1枚目の合計欄に総合計を記載してください。

特別療養費	
-------	--

資格証明証によるレセプト枚数を記載してください。なお、枚数は別掲とし、レセプトは本体と一緒に編綴しないでください。

保 険 者 数	※
---------	---

訪問看護ステーションの所在地、名称及び指定訪問看護事業者名

ステーションコード

審査委員 検 印	
事務担当 者 検 印	