

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

訪問看護ステーションの所在地及び名称・指定訪問看護事業者・電話番号

保険者
()殿

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

国民健康保険

保険者番号					県番号		ステーションコード							
					2	0								

		件数	日数	金額	負担金額
(25-8) 一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求				
	※決定				
(25-7) 一般被保険者 (70歳以上7割)	請求				
	※決定				
(25) 一般被保険者	請求				
	※決定				
(25-5) 一般被保険者 (6歳)	請求				
	※決定				
(67-3) 退職者 (本人)	請求				
	※決定				
(67-4) 退職者 (被扶養者)	請求				
	※決定				
(67-5) 退職者 (6歳)	請求				
	※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
○	請求				
	※決定				
○	請求				
	※決定				
○	請求				
	※決定				
○	請求				
	※決定				
○	請求				
	※決定				

※高額療養費	一般被保険者	件数		円	退職者	件数	
		金額				金額	

様式第二

注意 ※印の欄は、記入しないこと