

# 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

( ) 広域連合 殿

下記のとおり請求する。  
令和 年 月 日  
後期高齢者医療制度

広域連合番号							県番号		ステーションコード					
							2	0						

		件数	日数	金額	負担金額
(39-9) 後期高齢 一般・低所得	請求				円
	※決定				
(39-7) 後期高齢 7割	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				

様式第三

注意 ※印の欄は、記入しないこと

※高額療養費	件数	
	金額	円