

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

保険者名	市町村 国保組合				
コード					

殿

都道府
県番号 42

ステーション
コード

下記のとおり請求します。

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氏名

令和 年 月 日

印

法制	給付割合		件数	日数	金額	負担金額
国保 (25)	70才以上 (一般・低所得) 80	請求(8)				
		※決定				
	70才以上 70	請求(0)				
		※決定				
	一般被保険者 70	請求(2)				
		※決定				
	未就学児 80	請求(4)				
		※決定				
退職 (67)	本人 70	請求(2)				
		※決定				
	家族 70	請求(6)				
		※決定				
	未就学児 80	請求(4)				
		※決定				

公費負担医療

			件数	日数	金額	負担金額
原爆 19	国保原爆 00	請求(2)				
		※決定				
自立 支援 21	国保自立支援 00	請求(2)				
		※決定				
特定 疾患 51	国保特定疾患 00	請求(2)				
		※決定				
難病 54	国保難病法 00	請求(2)				
		※決定				
被爆 86	被爆体験者 00	請求(2)				
		※決定				
		請求(2)				
		※決定				

※印の欄は記入しないこと。