

令和 年 月分 後期高齢者訪問看護療養費請求書

都道府県名							
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

後期高齢者医療

法制	給付割合		件数	日数	金額	負担金額
(39)	後期高齢者 90	請求(8)				
		※決定				
	後期高齢者 70	請求(0)				
		※決定				

公費負担医療(後期高齢者併用分)

			件数	日数	金額	負担金額
原爆 19	後期原爆 00	請求(2)				
		※決定				
自立 支援 21	後期自立支援 00	請求(2)				
		※決定				
特定 疾患 51	後期特定疾患 00	請求(2)				
		※決定				
難病 54	後期難病法 00	請求(2)				
		※決定				
被爆 86	後期被爆体験者 00	請求(2)				
		※決定				
		請求(2)				
		※決定				

※印の欄は記入しないこと。