

訪問看護療養費請求書記載方法について

○ 後期高齢者医療

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	長崎県 後期高齢者医療広域連合							
コード	3	9	4	2	0	0	0	5

都道府  
県番号 42

ステーションコード

請求書の色は空色の用紙を使用して下さい。

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

後期高齢者医療分のレセプトは市町ごとではなく県ごとに綴じて下さい。  
ただし、保険者番号と公費番号の県コードが不一致となっているレセプトについては分冊して下さい。（「診療報酬請求書・明細書の編綴方法（国保連合会提出分）」および「保険者番号・公費番号の県コード不一致」の頁参照）  
県外分についても同様です。  
※「後期高齢者医療広域連合番号」を記載して下さい。長崎県の場合は**39420005**となります。

後期高齢者医療

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

保険の一部負担金額欄に記載した金額を記載してください。

公費負担医療(後期高齢者併用分)

公費	法制		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				

公費ごとに記載して下さい。

公費で患者負担額が発生する場合はこちらに記載して下さい。