

令和 年 月分診療報酬等請求総括表

訪問看護
療養費

<訪問看護ステーション様用>

* 太枠内のみご記入ください。

ステーションコード							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

訪問看護ステーション 名 称	電話番号() -
-------------------	-----------

①請求書枚数		
	国 保	後 期
県内分	枚	枚
県外分	枚	枚

②明細書件数	
国保合計	件
後期合計	件
総合計	件

* ①保険者ごとに綴じられた紙レセプトの冊数を、県内分と県外分とに分けて記入して下さい。
 ※国保は黄色、後期は青色の請求書を添付します。
 ※請求書は、1保険者につき1冊（県外公費分は分冊）をお願いします。（月遅れ分もまとめて）

②紙レセプトの件数を記入して下さい。

受付印

審査済印

明細書件数		
	国 保	後 期
県内分	件	件
県外分	件	件

備考		O C R 入 力				