

○ 一般・退職

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

請求書の色は黄色の用紙を
使用して下さい。

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

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

請求書は保険者ごとに作成して下さい。
ただし、保険者番号と公費番号の県コード
が不一致のレセプトがある場合は分冊
してください。

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	国保 70歳以上～75歳未満			
	70才以上 70	請求(6) ※決定				
	一般被保険者 70	請求(2) ※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。			
	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	公費ごとに記載して下さい。 (記載されているもの以外の公費や福祉 医療費がある場合は、番号が記載されて いない欄に請求する公費の法別番号を記 載してください。)			
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	公費で患者負担額が発生する場合は負 担金額欄に記載して下さい。			
		請求(2) ※決定				
		請求(2) ※決定				
		請求(2) ※決定				
		請求(2) ※決定				