



国保

令和 年 月分訪問看護療養費請求書

保険者（別記）殿

訪問看護ステーションの

所在地及び名称 電話番号

下記のとおり請求する。

指定訪問看護事業者氏名

令和 年 月 日

保 険 者 番 号				都道府 県番号	ステーションコード				表 別	
				1 3					看 護	6

〔国民健康保険〕

区 分			件 数	日 数	金 額	負 担 金
一 般 被 保 險 者	七 〇 歳 以 上	請求 ※決定	82			
		請求 ※決定	72			
	一 般 被 保 險 者	請求 ※決定	4			
		請求 ※決定	2			
6歳未満		請求 ※決定	32			

〔公費負担医療〕

区 分		件 数	日 数	点 数	基 本 利 用 料
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	一 般	件数	
	被 保 險 者	金額	

※欄は記入しないで下さい。