



# 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	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 8割 請求 ※決定	82			
	7割 請求 ※決定	72			
	1割 請求 ※決定	4			
	7割 請求 ※決定	2			
6歳未満 請求 ※決定	32				
退 職 者	七〇歳以上 9割 請求 ※決定	96			
	7割 請求 ※決定	70			
	本人 請求 ※決定	76			
	被扶養者 請求 ※決定	8			
	6歳未満 請求 ※決定	38			

〔公費負担医療〕

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

※高額療養費	一 般 被 保 險 者	件数		退 職 者	件数	
		金額		金額		円

※欄は記入しないで下さい。