



国保

令和 年 月分訪問看護療養費請求書

後期高齢者医療広域連合(別 記)

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

広域連合番号

都道府
県番号

ステーションコード

表 別

3 9

0 0 0

1 3

看
護
6

〔後期高齢者医療〕

区 分		件 数	日 数	金 額	負 担 金
9 割	請求	29			
	※決定				
7 割	請求	27			
	※決定				

〔公費負担医療〕

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

※高額療養費	件数	
	金額	円

※欄は記入しないで下さい。