

令和 年 月分 訪問看護療養費総括票

事務済印



県内分
県外・組合分

審査員コード

訪問看護ステーションコード	訪問看護ステーションの所在地及び名称、開設者氏名	〒 TEL () (-)	送付別 直送 ・ 郵送
---------------	--------------------------	------------------------	----------------------

入力送付票				総合計			国・退・分			後期高齢分			返戻 件数
係	送付番号	県コード	点	請求保険者数	請求書総枚数	明細書総件数	請求保険者数	請求書枚数	明細書件数	請求保険者数	請求書枚数	明細書件数	
		46	6										

区分 法制番号				件数	金額	負担金額
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	25	029			
	一般被保険者 (70歳以上7割)	25	028			
	一般被保険者	25	021			
	一般被保険者 (6歳)	25	023			
	退職者 (本人)	67	121			
	退職者 (被扶養者)	67	221			
	退職者 (6歳)	67	223			
後高						
合計						

公費負担医療			件数	患者負担額
	42	1		
	42	1		
	42	1		
	42	1		

※後期高齢者医療は「再掲しないで」下さい。

(注)太線の枠内のみ訪問看護ステーションにおいて記入し、毎月10日までに必着するようにご提出ください。

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

保険者

訪問看護ステーション
所在地及び名称
電話番号
殿 指定訪問看護事業者氏名

印

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

保険者番号	県番号	ステーションコード
●●●●●●●●●●	4 6	●●●●●●●●●●

		件数	日数	金額	負担金額
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求			
		※決定			
	一般被保険者 (70歳以上7割)	請求			
		※決定			
	一般被保険者	請求			
		※決定			
	一般被保険者 (6歳)	請求			
		※決定			
	退職者 (本人)	請求			
		※決定			
	退職者 (被扶養者)	請求			
		※決定			
	退職者 (6歳)	請求			
		※決定			

		件数	日数	金額	負担金額
公費負担医療		請求			
		※決定			
		請求			
		※決定			
		請求			
		※決定			

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

注意 ※印の欄は記入しないこと。

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

保険者

殿

下記のとおり請求する。

審査員コード

平成 年 月 日

訪問看護ステーション
所在地及び名称
電話番号
指定訪問看護事業者氏名

印

※入力送付票		
係	送付番号	点

広域連合番号				県番号	ステーションコード			
3	9			4	6			

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	負担金額
後期高齢 9割	請求				円
	※決定				
後期高齢 7割	請求				
	※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	件数	
	金額	

注意 ※印の欄は記入しないこと。