

平成 年 月分 後期高齢者訪問看護療養費請求書



保険者

広域連合 殿

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
電話番号
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

訪問看護

広域連合番号							県番号	ステーションコード							
3	9						0	7							

後期高齢者医療

種 別	件 数	日 数	金 額	精 神 等 各法負担金額	備 考
後 期 高 齢 (9 割)					
後 期 高 齢 (7 割)					

公費負担医療(再掲)

種 別	件 数	日 数	金 額	精 神 等 各法負担金額	基本利用料	備 考

※ 高額療養費	件 数	
	金 額	円

注) ※印の欄は記入しないこと。