

平成    年    月分    訪問看護療養費請求内訳書

保険者番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

ステーションコード \_\_\_\_\_

訪問看護ステーションの  
名称

|        |      | 件数 | 日数 | 金額 | 精神等各法負担金額 |
|--------|------|----|----|----|-----------|
| 後期高齢9割 | 請求   |    |    |    | 円         |
|        | ※ 決定 |    |    |    |           |
| 後期高齢7割 | 請求   |    |    |    |           |
|        | ※ 決定 |    |    |    |           |

注意 ※印の欄は記入しないこと。