

令和 年 月分

後期高齢者医療訪問看護療養費請求書

() 後期高齢者医療広域連合 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

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

県番号
25

ステーションコード

後期高齢者医療

| | | 件数 | 日数 | 金額 | 負担金額 | 備考 |
|-------------------|-----|----|----|----|------|----|
| 後期高齢者 (一般・低所得) | 請求 | 2 | | | | |
| | ※決定 | 2 | | | | |
| 後期高齢者 (7割) | 請求 | 2 | | | | |
| | ※決定 | 2 | | | | |

| | | | | | |
|--------|-----|---|--|--|--|
| 公費負担医療 | 請求 | 2 | | | |
| | ※決定 | 2 | | | |
| | 請求 | 2 | | | |
| | ※決定 | 2 | | | |
| | 請求 | 2 | | | |
| | ※決定 | 2 | | | |
| | 請求 | 2 | | | |
| | ※決定 | 2 | | | |
| | 請求 | 2 | | | |
| | ※決定 | 2 | | | |

様式第三

- 注記 1. この用紙は、A列4版さくら色上質紙(55kg)とし黒刷りしてください。
 2. ※印の欄は、記入しないでください。
 3. 福祉医療については、公費負担医療欄に再掲し、福祉医療助成番号毎に合計の上、記載してください。