

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書(府内)

保険者

殿

所在地  
 名称  
 開設者氏名  
 電話番号 ( )

下記のとおり請求する。

令和 年 月 日

保険者番号				県番号	ステーションコード	看護	6
2	7			2	7		

国民健康保険

		件数	日数	金額	負担金額
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				
合計	90				
※決定	90				

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	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

注 ※印は記入しないでください。