

令和 年 月分 訪問看護療養費請求書

大阪府後期高齢者医療広域連合 殿

訪問看護ステーション
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		訪問	6
3	9	2	7	0	0	0	4	2	7				

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	負担金額
後期高齢 一般・低所得	請求				
	※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	