

平成 年 月分 国保・退職者・後期高齢者訪問看護療養費請求書送付書

岡山県国民健康保険団体連合会 御中 都道府県
県 番 号 33 ステーションコード

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
指定訪問看護事業者等氏名 ㊟

下記のとおり請求する。

平成 年 月 日

| 区 分 | 国民健康保険 | | ㊟ 後期高齢者医療 | | 計 | | 備 考 |
|-----|--------|-----|-----------|-----|----|-----|-----|
| | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | 件数 | 金 額 | |
| 県外 | 件 | 円 | 件 | 円 | 件 | 円 | |
| 県内 | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | |

※ 国民健康保険欄には退職者医療及び 70 歳以上 75 歳未満の国保高齢者を含む。

平成 年 月 分

訪問看護療養費請求書

保 険 者

ステーションコード

(別 記) 殿

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
指定訪問看護事業者氏名

平成 年 月 日

印

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 | | | | |

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 | |

平成 年 月 分

訪問看護療養費請求書

保 険 者

ステーションコード

各広域連合 殿

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
指定訪問看護事業者氏名

平成 年 月 日

印

後期高齢者医療

| | | 件 数 | 日 数 | 金 額 | 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 | | | | |

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 | |

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

