

令和 年 月分訪問看護療養費総括票

審査済印

訪

県内分 県外分

事務済印	訪問看護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 開設者氏名	〒 (-)
			TEL () (-)

入 力 バ ッ チ							請求書 枚数 ⑭	明細書 枚数 ⑮	返戻 枚数 ⑯	⑰ 枚数 ⑱	⑲ 枚数 ⑳
県番号 ⑧	決済コード ②	点数区分 ③	種別コード ④	係コード ⑤	No. ⑥	ラスト ⑦					
45		6	1								

国 保 分	区 分	件 数	金 額
	一 般		
	退 職 者		
	合 計		
後 期			

総合計（国保＋後期）		
------------	--	--

担当者	入力年月日	担当者
	年 月 日	

宮崎県国民健康保険団体連合会

訪

令和 年 月分訪問看護療養費送付票

受付印
受付月日
月 日

訪問看護ステーションコード		県内分	県外分
送付月日	(国保分)	件数	金額
月 日			
送付別	(後期分)	件数	金額
直送・郵送			

注 太線の枠内のみ訪問看護ステーションにおいて記入し、毎月10日までに必着するようにご提出下さい。