

保険者

各広域連合 殿

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

甲

下記の通り請求する。

令和 年 月 日

保険者番号				県番号	ステーションコード	表別
3	9			4	5	6

区 分				件 数	日 数	金 額	負担金額
後期高齢者医療	9 割	請 求	02				
		※決定					
	7 割	請 求	04				
		※決定					

様式第三

区 分				件 数	日 数	金 額	負担金額
公費負担医療	公費番号	請 求	06				
		※決定					
	公費番号	請 求	08				
		※決定					
	公費番号	請 求	10				
		※決定					
	公費番号	請 求	12				
		※決定					
	公費番号	請 求	14				
		※決定					
	公費番号	請 求	16				
		※決定					
	公費番号	請 求	18				
		※決定					
	公費番号	請 求	20				
		※決定					

※高額療養費	件数	
	金額	

- 注1. この用紙は、A列4番とすること。
注2. ※印の欄は、記入しないこと。