

平成 年 月 分

訪問看護療養費請求書

保険者コード

--	--	--	--	--	--

県番号

0	8
---	---

ステーションコード

--	--	--	--	--	--

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション
番号

茨城県府県番号08を記入

保険者名ではなく、保険者
コードを記載する
水戸市長⇒×
080010 ⇒○

護事業者氏名

平成 年 月 日

国民健康保険

保険者種別	請求	※決定	件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	患者負担額
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求	※決定	[8高齢一]				
一般被保険者 (70歳以上7割)	請求	※決定	[0高齢7]				
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					

「8高齢一」なのか「0高齢7」なのか、きちんと明細書を確認して記入すること

「2本人」か「6家族」の明細書の件数及び金額の合計

「4六歳」未就学6歳未満です

「4退職」、「2本人」です

「4退職」、「6家族」です

「4退職」、「4六歳」未就学6歳未満です

印もれ注意です

結核・精神各法負担金額欄は、一切記入しないことそのための斜線です

公費負担医療

区分	請求	※決定	件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	患者負担額
公費負担医療 (再掲)	21 精神	請求					円
	51 特定疾患	請求					
	80 マル福	請求					
		請求					

国の定める公費の21精神とか51特定疾患がある場合は番号の若い順に記入し、マル福は一番最後に記入するマル福しかない場合は一番上でもよい

21精神の場合、自立支援の負担金が必ず発生するので、明細書、請求書ともに忘れずに記入すること 又、0円でも0円と記入すること記入もれは返戻です

区分	返戻	件数	日数	金額	結核・精神各法負担金額	患者負担額	増減	金額
※一般被保険者								
※退職者								

備考 この用紙は、A列4番とすること。