

平成 年 月分

訪問看護療養費請求書

保険者

県番号

ステーションコード

後期高齢者医療広域連合 殿

0	8
---	---

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

下記のとおり請求する。

の電話
指定訪問看護事業者

県名を記入する
正式名称:茨城県後期高齢者医療広域連合
注) 広域連合とか茨城県広域連合では決定
できません
県外分も同様です

平成 年 月 日

後期高齢者医療

		件数	日数	金額
後期高齢9割	請求			
	※決定			
後期高齢7割	請求			
	※決定			

保険種別が「8高齢一」の利用者の件数、
日数、金額の合計

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担額
21 精神	請求				円
	※決定				
51 特定疾患	請求				
	※決定				
80 マル福	請求				
	※決定				
公費負担医療(再掲)	請求				
	※決定				

保険種別が「0高齢7」の利用者の件数、
日数、金額の合計

国民健康保険分と同様

区分		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
※後期高齢9割	返戻							
※後期高齢7割								

備考 この用紙は、A列4番とすること。