

○ 訪問看護療養費明細書

都道府
県番号

訪問看護ステーションコード

平成 年 月 0 8

6	1 社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 人	8 高 齢
訪問	2 公 費	4 退 職	2 2 併 3 3 併 6 家 族	4 六 歳	0 高 齢

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険者番号		給付	10 9 8 7 ()
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号			

氏名	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 生			特 記
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害			

訪問看護ステーションの住所及び名称

心身の状態		訪問開始年月日	年 月 日	日
主たる傷病名	1	訪問終了年月日時刻	年 月 日 午前 時 分	日
	2	訪問終了の状況	1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他()	日
	3	死亡の時刻	年 月 日 午前 時 分	日

指示期間	指示期間 年 月 日 ~ 年 月 日	死亡の場所	1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他()
	(特別指示期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医の属する医療機関の名称	
	年 月 日 ~ 年 月 日	主治医の氏名	

基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)	⑩ 基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ) (公費分金額)	③① 管理療養費	円	円
	⑪ 看護師等	円 × 日	円	円
	⑫ 准看護師	円 × 日	円	円
	⑬ 看護師等	円 × 日	円	円
	⑭ 准看護師	円 × 日	円	円
	⑮ 難病等複数回訪問加算	円 × 日	円	円
	⑯ 緊急訪問看護加算	円 × 日	円	円
	⑰ 長時間訪問看護加算	円 × 日	円	円
	⑱ 乳幼児加算	円 × 日	円	円
	⑲ 乳児加算	円 × 日	円	円
養	⑳ 複数名訪問看護加算	円 × 日	円	円
	看護師等	円 × 日	円	円
費	准看護師	円 × 日	円	円
	基本療養費(Ⅱ)			
	㉑ 保健師、看護師、作業療法士	円 × 日	円	円
	㉒ 延長時間加算	円 × 時間	円	円
④④ 情報提供療養費		円	円	円
⑤⑤ 訪問看護ターミナルケア療養費		円	円	円

③② 24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算	円	円																																								
③③ 重症者管理加算	円	円																																								
③④ 退院時共同指導加算	円	円																																								
③⑤ 退院支援指導加算	円 × 回	円																																								
③⑥ 仕毛患者運搬指導加算	円	円																																								
③⑦ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算	円 × 回	円																																								
訪問日	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	2	3	4	5	6	7																																				
8	9	10	11	12	13	14																																				
15	16	17	18	19	20	21																																				
22	23	24	25	26	27	28																																				
29	30	31																																								
主治医への直近報告年月日	年 月 日																																									
提供した情報の概要																																										
情報提供先の市(区)町村等の名称																																										
特記事項	1 他① 2 他② 3 従 4 特 5 介 6 支																																									

合 計	請求	円 ※	決定	円	負担金額	円	※高額療養費	円
	公費①	円 ※		円	減額 割(円)免除 支払猶予	円	※公費負担金額	円
	公費②	円 ※		円		円	※公費負担金額	円

備考 1. この用紙は、日本工業規格A4列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。