

平成 年 月分

# 訪問看護療養費請求書

保険者

各広域連合 殿

下記のとおり請求する。

保険者番号ごとに集計する。

保険者番号		県番号	ステーションコード
3	9	3	9

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

様式第三  
印

平成 年 月 日

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額
8	1	後期高齢9割	請求		
		※決定			
	2	後期高齢7割	請求		
		※決定			

後期高齢者医療レセプトの「本人・家族」欄が「8 高外-」を集計する。

後期高齢者医療レセプトの「本人・家族」欄が「0 高外7」を集計する。

公費負担医療

		件数	日数	金額	精神等各法負担金額	基本利用料
	請求					円
	※決定					
公費法別番号(2桁)を記載。						
	請求					
	※決定					

当該公費負担医療の対象分を集計(再掲)する。

- 公費負担医療用の記載は県外分のみ必要(県内分は不要)
- 県外分でも公費の記載が不要なもの
  - ①高知県単独公費(公費法別47)の場合
  - ②原爆医療(公費法別19)、石綿医療(公費法別66)の場合

※ 高額療養費	件数	
	金額	