

令和 年 ① 月分 福祉医療費請求書に係る請求書【集計票】（訪問）

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

②

③ 印

ステーションコード		④			
公費法別		件数	金額	精神等各法 負担金額	備考
⑤	入院外	⑥	⑦	⑧	
	入院外				
	入院外				

\* 福祉医療費（公費法別43・46・73・74・75・76）の請求書【集計票】です。公費法別ごとに合計を記載してください。

①～⑧の記載内容

- ① 当該訪問看護の年月分を記載します。
- ② 訪問看護ステーションの所在地・名称・指定訪問看護事業者氏名を記載します。  
ゴム印の場合は鮮明に押印してください。
- ③ 国保連合会に届出の「請求書に使用する印鑑」を押印します。（黒地の印影でも可）
- ④ ステーションコード（7桁）を記載します。ゴム印の場合は鮮明に押印してください。
- ⑤ 当該公費負担者番号の先頭2桁の公費法別番号を記載します。  
例：公費負担者番号が46390019であれば46と記載します。
- ⑥ 件数の合計を記載します。
- ⑦ 福祉医療費請求書の点数欄に記載する請求金額の合計を記載します。
- ⑧ 福祉医療費請求書の金額欄での請求がある場合に、金額の合計を記載します。

※月遅れ分を含めて集計します。

※⑤～⑧は公費法別番号ごとに記載します。