

広域連合番号	3	9						ステーション コード		表別
広域連合								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	訪問看護	
令和 年 月 日 下記の通り請求する。									6	

区 分		件 数	日 数	金 額	負 担 金	基 本 使 用 料
				円		円
後 期 高 齢 者 医 療 公 費 負 担 医 療	後期高齢者9割	請求				
	後期高齢者7割	請求				
		請求				
		請求				
		請求				
		請求				

備 考

※ 1. 請求書は各都道府県単位で作成してください。
2. 公費負担医療欄については、制度毎に記載して下さい。（再掲）