

□年 □月分

訪問看護療養費

送り状 (国保連合会宛)

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

レセ 区分	0	2	3
採択	⑥		
B・H			

府 県

--	--

ステーションコード

--

区 法	制 番	分 号	請 求		負担金額	増 減 点		返 戻		修正 区分
			件 数	金 額		増	減	件 数	金 額	
00	9 8 0 3	国 民 健 康 保 険 者	70歳以上 一般・低所得							
			70歳以上 7割							
			一 般							
			6 歳							
67	1 2 3	保 険 者 退 職 者	本 人							
			被 扶 養 者							
			6 歳							

公費負担医療

0									
0									
0									
0									
0									
0									
0									

- 注意 1、 一般被保険者、退職者欄はそれぞれ別掲です。
 2、 公費負担医療は、国保被保険者、退職者欄の再掲です。
 3、 公費は、公費負担医療欄に記入してください。