

保険	保険者番号又は 公費負担者番号	記号・番号又は 公費受給者番号	実日数	請求	決定 ※	一部負担金額
		枝番	日	円	円	円
公①			日	円	円	円
公②			日	円	円	円
公③			日	円	円	円
公④			日	円	円	円
特記		職務上の事由	給付割合		高額療養費再掲 ※	
			一部負担金区分	公費負担金額① ※	公費負担金額② ※	

訪問看護
ステーションの
所在地
及び名称

主治医	医療機関 名称 コード	県番	点数表	医療機関コード
氏名				
直近報告年月日				

氏名	訪問した 場所			
情報欄				
主たる傷病名・心身の状態・指示期間・訪問開始及び終了年月日・訪問終了等の状況・情報提供・特記事項・専門の研修・その他	訪問日			
	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				
摘要欄				
区分	負担	名称	金額 (円)	日数 (日)

備考 1. この用紙は、A列4番とすること。
2. ※印の欄は、記入しないこと。