

子ども
障害者
ひとり親家庭等

医療費請求書

令和 年 月 日

国
保
特
例

社
保
・
国
保
組
合
用

(宛先)
名古屋市長

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等氏名
電 話

県番号		表別	訪問看護ステーションコード
2	3	6	

訪看

令和 年 月分を下記のとおり請求します。

金額

円

請求総件数 件分 枚の内
枚

番号	受 番	給 番	者 証 号	氏 名	金 額	結 算 分	精 算 分	請求 割合	市町村負担額	備 考
1								2・1		
2								2・1		
3								2・1		
4								2・1		
5								2・1		
6								2・1		
7								2・1		
8								2・1		
9								2・1		
10								2・1		
11								2・1		
12								2・1		
13								2・1		
14								2・1		
15								2・1		
16								2・1		
17								2・1		
18								2・1		
19								2・1		
20								2・1		
21								2・1		
22								2・1		
23								2・1		
24								2・1		
25								2・1		
計				件	円	円			円	

※ 特例退職被保険者は、その旨(特退等)
国保特例の場合は特例と表示市町村名
加入保険が国保組合の場合は組合名
月遅れ・返戻分の再請求は診療年月

を必ず備考欄に記入してください

但し、社会保険及び国保組合のレセプトが返戻されても、金額、割合が変わらない場合は、医療費請求書に再請求の必要はありません。