

	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
保険			日	円	円	円
		枝番				
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

医療機関 主治医	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							
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	情報欄							
	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。