

北広島市 子ども医療 記載例

課税世帯の方

○ 訪問看護療養費明細書

都道府 訪問看護ステーション
 県番号 ンコード

令和 年 月 分 01 〇〇.〇〇〇〇.〇

6 訪問	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2 併 3 3 併	2 本人 4 六歳 6 家族	8 高齢一 0 高齢7
------	---------------	--------------	------------------------	----------------------	----------------

公費負担者番号①	9	0	0	1	0	5	1	3	公費負担医療の受給者番号①	7	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	公費負担医療の受給者番号②	7	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
公費負担者番号②									公費負担医療の受給者番号②																			

保険者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	給付	10	9	8
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号										7 ()		

受給者証の上部に表示している公費負担者番号を記載する

0歳～小学生: 90010513
 中学生: 92010511

受給者証の上部に表示している受給者番号を記載

訪問看護ステーションの住所及び名称	訪問終了の状況			1 軽快	2 施設	3 医療機関	4 死亡	5 その他 ()	②	日
訪問開始年月日	時刻	年	月	日	午前・午後	時	分			
訪問終了年月日時刻	年	月	日	午前	午後	時	分	実日数	①	日
主治医の属する医療機関の名称										
主治医の氏名										

《受給者証の表示》

子課 子ども医療費受給者証

公費負担者番号: 90010513
 受給者番号: 70000000
 92010511

住所: 北広島市中央4丁目2番地1

氏名: 北広島 次郎 男

生年月日: 平成24年4月2日

有効期間: 令和2年8月1日から
 令和3年7月31日まで

発行機関名及び印: 北海道 北広島市長

交付年月日: 令和2年8月1日

◆患者負担：1割
 ただし、1割が月18,000円を超える場合は、18,000円を負担

◆「負担金額公費①」の欄：1割(1円単位)の金額を記載
 ただし、1割が月18,000円を超える場合は、18,000円と記載

【訪問看護：月の自己負担上限額は18,000円】

※加入している健康保険が変更になった場合、必ず変更手続きをしてください。

請求	200,000	円	※	決定	円	負担金額	円	※高
①		円	※		円	18,000	円	
計		円	※		円		円	