

○ 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

平成 年 月 分 01 〇〇.〇〇〇〇.〇

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

保険者	〇	〇	〇	〇	〇	〇	給付	10	9	8
番号								7	()	

重 度	費 負 担 者 番 ①	4	5	0	1	0	5	1	9	公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号 ①	1	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
	費 負 担 者 番 ②									公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号 ②								

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

ひとり
公費負担者番号
① 93010510

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

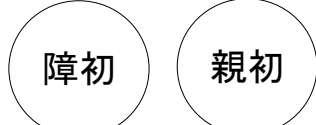
受給者証の上部に表示している受給者番号を記載する

主たる傷病名	1. 2. 3.	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	
心身の状態	基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 該当 1 別表7 2 別表8 3 無	訪問開始年月日	年	月	日
		訪問終了年月日時刻	年	月	日
			午前	午後	時
			分		分
指示期間	指示期間 年月日～年月日 / 年月日～年月日 (特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日 精神指示期間 年月日～年月日 / 年月日～年月日 (精神特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日	主治医の属する医療機関の名称	実日数	①	日
		主治医の氏名			

《対象となる人》

《受給者証の表示》

① 非課税世帯の方



【医療費の内訳】 ※小学生以上の場合

全体の医療費(10割)は、20,550円

保険者	20,550円 × 7割	= 14,385円
公費	20,550円 × 2割	= 4,110円
患者	20,550円 × 1割	= 2,055円

- ◆ 患者負担：1割
 ※ただし、1割が月8,000円を超える場合は、8,000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8,000円を超える場合は、8,000円と記載

※(老初)の方は、医療費助成分はありません。

合	保	請	求	円	※	決	定	円	負担金額	円	※高額療養費
	險		20,550								
①				円	※			円	2,055	円	備考
計				円	※			円			

○ 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

平成 年 月 分 01 〇〇.〇〇〇〇.〇

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

重 度	費 負 者 番 ①	4	5	0	1	0	5	1	9	費 負 担 医 療 の 受 給 者 番 号 ②	1	〇	〇	〇	〇	〇
	費 負 者 番 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	給 付	10	9	8	
被 保 険 者 証・被 保 険 者 手 帳 等 の 記 号 ・ 番 号											

ひ
と
り

公費負担者番号
① 9 3 0 1 0 5 1 0

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

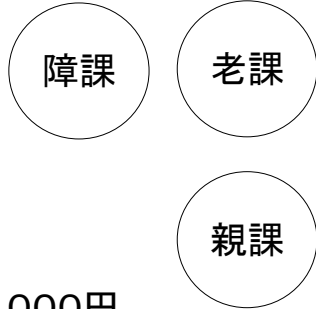
受給者証の上部に表示
している受給者番号を記
載する

主たる 傷病名	1. 2. 3.	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
心身 の 状 態	基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 該当	1 別表7 2 別表8 3 無	訪問開始 年月日	年 月 日	保 険 日
指示 期 間	指示期間 年月日～年月日 / 年月日～年月日 (特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日 精神指示期間 年月日～年月日 / 年月日～年月日 (精神特別指示期間) 年月日～年月日 / 年月日～年月日	主治医の属する医療機関の名称	訪問終了 年月日時刻	年 月 日 午前 午後 時 分	実 日 数 ①
		主治医の氏名			日

《対象となる人》

《受給者証の表示》

① 課税世帯の方



【医療費の内訳】 ※小学生以上の場合
 全体の医療費(10割)は、200,000円

保険者	200,000円 × 7割	= 140,000円	
公費	200,000円 × 2割	= 40,000円	⇒ 42,000円
患者	200,000円 × 1割	= 20,000円	⇒ 18,000円

- ◆ 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

※後期高齢者医療の被保険者の記載例は、国保連へお問い合わせください。

保 険 計	請 求 200,000	円	※	決 定 円	10 連 負担金額	円	※高額療養費
①		円	※	円	18,000	円	備考
②		円	※	円		円	