

特定疾患医療費交付申請書
 ((老人) 訪問看護療養費基本利用料用)

申請年月日：平成 年 月 日

岐阜県知事 様

交付申請者(〒 _____)
 住 所 _____ 印
 氏 名 _____
 電話番号 (_____) _____

対象患者加入保険の種類 1 社保本人 2 社保家族 3 国保(一般) 4 国保(退職者本人) 5 国保(退職者家族) 6 老保

下記のとおり請求します。

受給者番号		対象患者氏名		交付申請者との続柄		交付申請金額		
						円		
振 込 口 座	銀行名等	銀行・信金・信組・農協					支店	
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号				
	フリガナ							
	講座名義人氏名							

(医療機関証明欄)

【記入上の留意事項】

特定疾患医療受給者証の有効期間を確認して記入してください。

特定疾患医療受給者有効期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							* 支払確定額 内 訳
訪問年月	訪問 日数	指定訪問看護 費用総額	自己負 担割合	基本利用料	患者自己負担 額(窓口支払)		
年 月	日	円	3割2割1割	円	円	円	
年 月	日	円	3割2割1割	円	円	円	
年 月	日	円	3割2割1割	円	円	円	
年 月	日	円	3割2割1割	円	円	円	
年 月	日	円	3割2割1割	円	円	円	
年 月	日	円	3割2割1割	円	円	円	

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

所在地 _____

名 称 _____

代表者 _____ 印

医療機関コード _____

* 支払確定額

円

(保健所受理印)

注意1 太枠で囲んだ部分は(老人)訪問看護ステーションで証明を受けてください。

注意2 *欄は記入しないでください。