

事例1 (国保 2併 負担金額記載なし)

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県
番号

訪問看護ステーションコード

令和 6年 8月分

6訪問 1国 2 2併 2 本人

公費負担 番号 ①	7	2	0	5	○	○	○	○	公費負担医療の 受給者番号 ①	○	○	○	○	○	○
公費負担 番号 ②									公費負担医療の 受給者番号 ②						

保 険 者 番 号									給割 7
被保険者証・被保険者手帳等 の 記 号 ・ 番 号									(枝番)

氏 名											特 記
	1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令								生	
訪問した 場 所	1 自宅 2 施設 () 3 その他 ()										特 記
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										

訪 問 看 護
ステーションの
住所地及び名称

主治医	医療機関の名 称			
	氏 名		直近報告年月 日	年 月 日

福祉番号を記載する

合計		
請 求	保 険	20,000 円
	① 公 費	20,000 円
	② 公 費	円
決 定	保 険	※ 円
	① 公 費	※ 円
	② 公 費	※ 円
負 担 金 額	保 険	円
	① 公 費	円
	② 公 費	円
金 公 費 負 額 担	① 公 費	※ 円
	② 公 費	※ 円
※高額療養費		

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。

事例2 (国保 2併 負担金額記載あり)

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

令和 6年 8月分

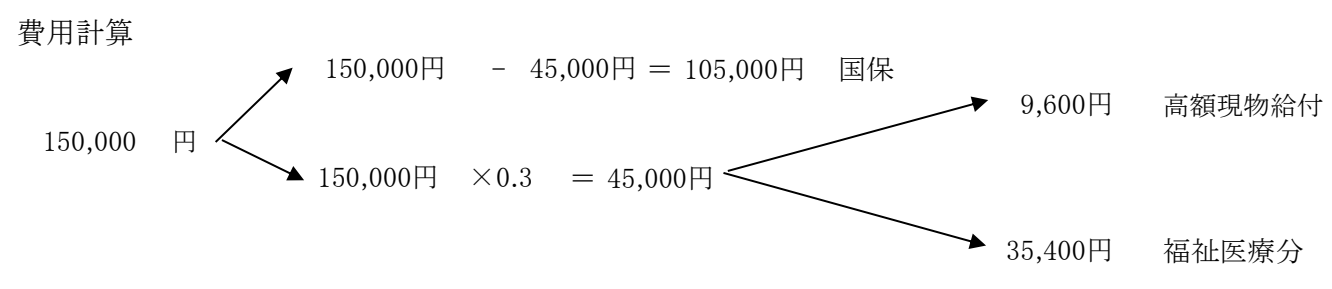
6訪問	1国	2 2併	2 本人
-----	----	------	------

公費負担番号①	7 2 0 5 ○ ○ ○ ○	公費負担医療の受給者番号①	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	保険者番号		給割7
公費負担番号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		(枝番)

氏名		特記	
1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令		生
訪問した場所	1 自宅 2 施設 () 3 その他 ()	30	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害		

訪問看護ステーションの所在地及び名称	
主治医氏名	
直近報告年月日	年 月 日

福祉番号を記載する



福祉番号の有無によって保険の負担金額欄に記載する額が変わることはない

合計			
請求	保険		150,000 円
	①公費		150,000 円
	②公費		円
決定	保険	※	円
	①公費	※	円
	②公費	※	円
負担金額	保険		35,400 円
	①公費		円
	②公費		円
金公費負担	①公費	※	円
	②公費	※	円
※高額療養費			

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。

事例3 (国保 3併 負担金額記載なし)

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

令和 6年 8月分

6訪問	1国	3 3併	2本人
-----	----	------	-----

公費負担番号①	5	4	0	5	○	○	○	○	公費負担医療の受給者番号①	○	○	○	○	○	○	○
公費負担番号②	7	2	0	5	○	○	○	○	公費負担医療の受給者番号②	○	○	○	○	○	○	○

保険者番号									給割7
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号									(枝番)

氏名						特記	
	1男	2女	1明	2大	3昭		4平
訪問した場所	1 自宅 2 施設 ()						
	3 その他 ()						
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害						

訪問看護ステーションの所在地及び名称

主治医	医療機関の名称			
	氏名		直近報告年月日	年 月 日

国が定める公費がある場合は
公費→福祉の順で明細書に
記載する

合計		
請求	保険	20,000 円
	①公費	20,000 円
	②公費	20,000 円
決定	保険	※ 円
	①公費	※ 円
	②公費	※ 円
負担金額	保険	円
	①公費	円
	②公費	円
金公費負担額	①公費	※ 円
	②公費	※ 円
※高額療養費		

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。

事例6（後期 2併 給割9 負担金額記載なし）

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県
番号

訪問看護ステーションコード

令和 6年 8月分

6訪問 3 後期 2 2併 8 高齢一

公費負担 番号①	7	7	0	5	○	○	○	○	公費負担医療の 受給者番号①	○	○	○	○	○	○
公費負担 番号②									公費負担医療の 受給者番号②						

保 険 者 番 号	3	9							給割9
被保険者証・被保険者手帳等 の 記 号 ・ 番 号									(枝番)

氏 名											特 記
	1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令						生			
訪問した 場 所	1 自宅 2 施設 () 3 その他 ()										特 記
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										

訪 問 看 護
ステーションの
住所地及び名称

主治医	医療機関の名 称			
	氏 名		直近報告年月 日	年 月 日

福祉番号を記載する

合計		
請 求	保 険	20,000 円
	① 公 費	20,000 円
	② 公 費	円
決 定	保 険	※ 円
	① 公 費	※ 円
	② 公 費	※ 円
負 担 金 額	保 険	円
	① 公 費	円
	② 公 費	円
金 公 費 負 額 担	① 公 費	※ 円
	② 公 費	※ 円
※高額療養費		

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。

事例8（後期 2併 給割8 負担金額記載あり 配慮措置該当） ※令和7年9月診療分まで

様式第四

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県番号 訪問看護ステーションコード

令和 6年 8月分

6訪問 3 後期 2 2併 8 高齢一

公費負担番号①	7	7	0	5	○	○	○	○	公費負担医療の受給者番号①	○	○	○	○	○	○	○
公費負担番号②									公費負担医療の受給者番号②							

保険者番号	3	9							給割8
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号									(枝番)

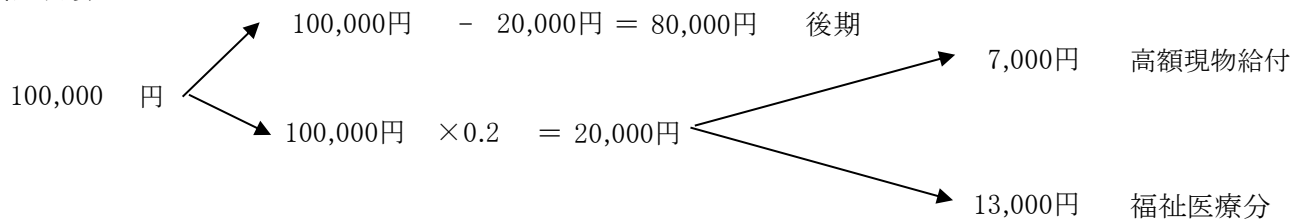
氏名											特記 41
	1男	2女	1明	2大	3昭	4平	5令				
訪問した場所	1 自宅 2 施設 ()										
	3 その他 ()										
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										

訪問看護ステーションの所在地及び名称

主治医	医療機関の名称			
	氏名		直近報告年月日	年 月 日

福祉番号を記載する

費用計算



福祉番号の有無によって保険の負担金額欄に記載する額が変わることはない

合計		
請求	保険	100,000 円
	①公費	100,000 円
	②公費	円
決定	保険	※ 円
	①公費	※ 円
	②公費	※ 円
負担金額	保険	13,000 円
	①公費	円
	②公費	円
金公費負担	①公費	※ 円
	②公費	※ 円
※高額療養費		

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。

