

訪問看護ステーション
の 番 号

訪問看護ステーション
の 名 称

帳票種別

34733

修正項目番号

※ □□

修正欄

※ □□□□□□□□□□□□□□□□□□

①労働保険番号

府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号
□□□□□□□□□□□□□□□□

②生年月日

元号 年 月 日
1 明治
3 大正
5 昭和
7 平成
9 令和
□□□□□□□□
1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑

③傷病年月日

元号 年 月 日
□□□□□□□□
1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑

④訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻

元号 年 月 日 午前 午後 時 分
□□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□
1~9年は右へ↑ 1~9月は右へ↑ 1~9日は右へ↑ 1~9日は右へ↑ 1~9日は右へ↑

⑤実日数

□□□□ 日

⑥合計額

百万 十万 万 千 百 十 円
□□□□□□□□

⑭支払額

百万 十万 万 千 百 十 円
※ □□□□□□□□

⑮増減コード及び増減額

百万 十万 万 千 百 十 円
※ 増+減- □□□□□□□□

⑯増減理由

※ □□

⑰決定年月日

元号 年 月 日
※ □□□□□□□□

⑱処理区分

※ □□

労 災 保 険 訪 問 看 護 費 用 請 求 内 訳 書

労働者の氏名	(歳)	事業の名称	
労働者の住所	都府 道県 市区 市	事業場の所在地	都府 道県 市区 市
主たる傷病名	1. 2. 3.	主治医の所属する医療機関名称	
	基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 1 別表7 2 別表8 3 無 該当する疾病等	主治医氏名	
傷病の経過		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
			年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日

- 基本療養費等の明細は裏面に記載してください。
- 医師の訪問看護指示書の写しを添付してください。

※印の欄は記入しないでください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Table with columns for patient status, visit status, death status, and various medical care fees (Basic, Special, Management, etc.). Includes a section for special items and a date field.

お願い

○この用紙は、機械で直接処理しますので、折り曲げたり汚したり、また他の用紙をのりづけしないでください。
○小枠内は、黒ボールペンで、枠からはみ出さないように、標準字体にならって、ていねいに記入してください。
○この用紙は、直接日光・湿気をさけて保管してください。