

訪 問 看 護 明 細 書

平成 年 月 日

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童等 生徒等	氏名		男 女	昭和 平成	年	月	日生			
主傷 たる 病名				訪問開始年月日			実日数			
				平成	年	月	日			
指年月 示日	平成 年 月 日			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 ()					
基 本 療 養 費	基本療養費 (I) 保健師、看護師、理学療法士、作業療法士			主治医の属する医療機関の名称						
	円 ×	日	円							
	准看護師			主治医の氏名						
	円 ×	日	円							
難病等複数回訪問加算										
円 ×	日	円								
基本療養費 (II) 保健師、看護師、作業療法士										
円 ×	回	円								
延長時間加算			円 ×	時間	円					
管 理 療 養 費	管理療養費									
円 +			円 ×					日	円	
管理療養費の加算			円							
情 報 療 養 費 提 供								円		
タ ケ ー ア ミ 療 ナ 養 ル 費								円		
合 計								円		
上記のとおりです。										
平成 年 月 日										
訪問看護ステーション 所在地及び名称 氏名										
印										
※ 決 定				$\text{円} \times \frac{4}{10} =$			円			
							円			
	合 計						円			

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての訪問看護ステーションから訪問看護を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この明細書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。