

# 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 ア ミ 療 養 ナ 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。