

労災保険訪問看護費用請求書

印の欄は記入しないでください。

帳票種別 3 4 7 3 2	修正項目番号 ※ <input type="text"/>	修正欄 ※ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	② 受付年月日 ※ 7平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>元号 年 月 日</small> <small>1~9月は右へ</small>
-------------------	----------------------------------	--	--

① 訪問看護セッションの番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <th colspan="8">③ 請求金額</th> <th colspan="2">④ 内訳書添付枚数</th> </tr> <tr> <td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>万</td><td>千</td><td>百</td><td>十</td><td>円</td> <td colspan="2">枚</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8">金額の頭に¥マークを付けてください。</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	③ 請求金額								④ 内訳書添付枚数		千	百	十	万	千	百	十	円	枚		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	金額の頭に¥マークを付けてください。									
③ 請求金額								④ 内訳書添付枚数																																	
千	百	十	万	千	百	十	円	枚																																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
金額の頭に¥マークを付けてください。																																									
⑤ 請求年 元号 年 ⑥ 請求月 1~9月は右へ	⑦ 請求月 1~9月は右へ																																								

ただし、7平成    年   月分

\_\_\_\_\_ほか\_\_\_\_\_名に対する訪問看護費用の内訳は、別紙内訳書のとおり上記の金額を請求します。

\_\_\_\_\_年 月 日

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所  
(所在地) \_\_\_\_\_

請求人の 名 称  
(訪問看護事業者) \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(記名押印又は署名)

\_\_\_\_\_ 労働局長 殿 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

受付印