



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

労
災
保
険
訪
問
看
護
費
用
請
求
内
訳
書

※印の欄は記入しないでください。

帳票種別 34734	修正項目番号 ※ □□	修正欄 ※ □□□□□□□□□□□□□□□□	
①年金証書番号 〔管轄局〕〔種別〕〔西暦年〕〔番号〕 □□□□□□□□		⑬支払額 百万 十万 万 千 百 十 円 ※ □□□□□□□□	
④訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻 元号 年 月 日 時刻 7 平成 □□□□□□□□ - □□□□□□□□ 午前 午後 時 分 <small>1~9年は右へ 1~9月は右へ 1~9日は右へ</small>		⑭増減コード及び増減額 百万 十万 万 千 百 十 円 ※ □□□□□□□□	
⑤実日数 □□□ 日		⑮増減理由 ※ □□	
⑥合計額 百万 十万 万 千 百 十 円 □□□□□□□□		⑯決定年月日 元号 年 月 日 ※ □□□□□□□□	
⑯処理区分 ※ □□			
労働者の氏名	(歳)	事業の名称	
労働者の住所	都府 道県	郡区 市	事業場の所在地
主たる傷病名	1. 2. 3. 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		主治医の所属する医療機関名称
傷病の経過		主治医氏名	
		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

- 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。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

心身の状態								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 ()				
								死亡の状況	時刻	年 月 日 午前・午後 時 分			
									場所	1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他 ()			
基本療養費 (I) 及び (II)	⑪ 看護師等 (週3日目まで)	円×	日	円				⑩ 基本療養費 (I) 及び (III)	⑩ 看護師等 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					(週3日目まで30分以上)	円×	日	円	
	理学療法士等(週3日目まで)	円×	日	円					(週4日目以降30分未満)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					(週4日目以降30分以上)	円×	日	円	
	専門の研修を受けた看護師	円×	日	円					⑪ 作業療法士 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円	
	⑫ 准看護師 (週3日目まで)	円×	日	円					(週3日目まで30分以上)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					(週4日目以降30分未満)	円×	日	円	
	⑬ 看護師等 (週3日目まで)	円×	日	円					(週4日目以降30分以上)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					⑫ 准看護師 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円	
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円					(週3日目まで30分以上)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					(週4日目以降30分未満)	円×	日	円	
	理学療法士等(週3日目まで)	円×	日	円					(週4日目以降30分以上)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					⑬ 看護師等 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円	
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円					(週3日目まで30分以上)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					(週4日目以降30分未満)	円×	日	円	
	専門の研修を受けた看護師	円×	日	円					(週4日目以降30分以上)	円×	日	円	
	⑭ 准看護師 (週3日目まで)	円×	日	円					(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					(週3日目まで30分以上)	円×	日	円	
	(3人以上) (週3日目まで)	円×	日	円					(週4日目以降30分未満)	円×	日	円	
	(週4日目以降)	円×	日	円					(週4日目以降30分以上)	円×	日	円	
⑮ 難病等複数回訪問加算	円×	日	円				⑭ 作業療法士 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				⑮ 准看護師 (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				(3人以上) (週3日目まで30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週3日目まで30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分未満)	円×	日	円			
	円×	日	円				(週4日目以降30分以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				⑯ 緊急訪問看護加算	円×	日	円			
	円×	日	円				⑰ 長時間訪問看護加算	円×	日	円			
	円×	日	円				⑱ 乳幼児加算	円×	日	円			
	円×	日	円				⑲ 複数名訪問看護加算	円×	日	円			
	円×	日	円				看護師等 (1日1回)	円×	日	円			
	円×	日	円				(1日2回)	円×	日	円			
	円×	日	円				(1日3回以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				作業療法士 (1日1回)	円×	日	円			
	円×	日	円				(1日2回)	円×	日	円			
	円×	日	円				(1日3回以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				准看護師 (1日1回)	円×	日	円			
	円×	日	円				(1日2回)	円×	日	円			
	円×	日	円				(1日3回以上)	円×	日	円			
	円×	日	円				看護補助者	円×	日	円			
	円×	日	円				精神保健福祉士	円×	日	円			
	円×	日	円				⑳ 夜間・早朝訪問看護加算	円×	日	円			
	円×	日	円				㉑ 深夜訪問看護加算	円×	日	円			
	円×	日	円				㉒ 精神科複数回訪問加算	円×	日	円			
	円×	日	円					円×	日	円			
	円×	日	円				基本療養費 (IV)						
	円×	回	円				㉓ 看護師等	円×	回	円			
	円×	回	円				作業療法士	円×	回	円			
⑯ 情報提供療養費			円										
⑰ ターミナルケア療養費			円										
訪問日	1	2	3	4	5	6	7						
	8	9	10	11	12	13	14						
	15	16	17	18	19	20	21						
	22	23	24	25	26	27	28						
	29	30	31										
主治医への直近報告年月日			年		月		日						
提供した情報の概要													
情報提供先の市(区)町村等の名称													
特記事項													
1 他①													
2 他②													
3 従													
4 特													
5 介													
6 支													
7 同一日													
8 同一緊急													
9 退支													
10 連													
合計額	※表面⑯に転記してください。							円					

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、直射日光・湿気をさけて保管してください。