訪様式第８号

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

労災保険訪問看護費用請求書

帳票種別	修正項目番号	修正欄	② 受付年月日
34732	※	※	※ 9令和 元号 年 月 日
			1～9年は右へ 1～9月は右へ 1～9日は右へ

※印の欄は記入しないでください。

① 訪問看護ステーションの番号

③ 請求金額	④ 内訳書添付枚数
千万 百万 十万 万 千 百 十 円 金額の頭に￥マークを付けてください。	枚

ただし、7平成 9令和 ⑤ 請求年 元号 年 年 1～9年は右へ ⑥ 請求月 1～9月は右へ 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
（訪問看護事業者）

名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

労働局長殿　　電話番号　－　－

受付印