

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 34732	修正項目番号 ※ <input type="text"/>	修正欄 ※ <input type="text"/>	② 受付年月日 元号 年 月 日 ※ 9令和 <input type="text"/>
---------------	----------------------------------	-------------------------------	---

① 訪問看護セッションの番号

③ 請求金額

<table border="1"> <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> </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> </tr> </table> <p>金額の頭に¥マークを付けてください。</p>	千	百	十	万	千	百	十	円	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	④ 内訳書添付枚数 枚 <input type="text"/>
千	百	十	万	千	百	十	円										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

⑤ 請求年

⑥ 請求月

ただし、平成 7 元号 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
(訪問看護事業者)

名 称

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