



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 ※ <input type="text"/>	修正欄 ※ <input type="text"/>		
①年金証書番号 管轄局 種別 西暦年 番号 <input type="text"/>		⑬支払額 百 万 千 百 十 円 ※ <input type="text"/>		
④訪問開始年月日及び訪問終了年月日時刻 元号 年 月 日 元号 年 月 日 午前 午後 時 分 7 平成 9 令和 1~9日は右へ↑		⑭増減コード及び増減額 百 万 千 百 十 円 ※ <input type="text"/>		
⑤実日数 <input type="text"/> 日		⑮増減理由 ※ <input type="text"/>		
⑥合計額 百 万 千 百 十 円 <input type="text"/>		⑯決定年月日 元号 年 月 日 ※ <input type="text"/>		
⑰処理区分 ※ <input type="text"/>				
労働者の氏名	(歳)	事業の名称		
労働者の住所	都府 道県	事業場の所在地	都府 道県	郡区 市
主たる傷病名	1. 2. 3.	主治医の所属する医療機関名称		
	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	主治医氏名		
傷病の経過	指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	特別指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	精神指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	精神特別指示期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	精神特別指示期間	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 ()
⑩ 基本療養費 (I) 及び (II)
⑪ 看護師等 (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
理学療法士等 (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
専門の研修を受けた看護師 円× 日 円
⑫ 准看護師 (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
⑬ 看護師等 (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
(3人以上) (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
理学療法士等 (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
(3人以上) (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
専門の研修を受けた看護師 円× 日 円
⑭ 准看護師 (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
(3人以上) (週3日目まで) 円× 日 円
(週4日目以降) 円× 日 円
⑮ 難病等複数回訪問加算 円× 日 円
⑯ 緊急訪問看護加算 円× 日 円
⑰ 長時間訪問看護加算 円× 日 円
⑱ 乳幼児加算 円× 日 円
⑲ 複数名訪問看護加算
看護師等 円× 日 円
理学療法士等 円× 日 円
准看護師 円× 日 円
看護補助者 (ハ) 円× 日 円
看護補助者 (ニ) (1日1回) 円× 日 円
(1日2回) 円× 日 円
(1日3回以上) 円× 日 円
⑳ 夜間・早朝訪問看護加算 円× 日 円
㉑ 深夜訪問看護加算 円× 日 円
基本療養費 (III)
㉒ 看護師等 円× 回 円
理学療法士等 円× 回 円
⑳ 基本療養費 (I) 及び (III)
㉓ 看護師等 (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
㉔ 作業療法士 (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
㉕ 准看護師 (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
㉖ 看護師等 (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
(3人以上) (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
㉗ 作業療法士 (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
(3人以上) (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
㉘ 准看護師 (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
(3人以上) (週3日目まで30分未満) 円× 日 円
(週3日目まで30分以上) 円× 日 円
(週4日目以降30分未満) 円× 日 円
(週4日目以降30分以上) 円× 日 円
㉙ 緊急訪問看護加算 円× 日 円
㉚ 長時間訪問看護加算 円× 日 円
㉛ 複数名訪問看護加算
看護師等 (1日1回) 円× 日 円
(1日2回) 円× 日 円
(1日3回以上) 円× 日 円
作業療法士 (1日1回) 円× 日 円
(1日2回) 円× 日 円
(1日3回以上) 円× 日 円
准看護師 (1日1回) 円× 日 円
(1日2回) 円× 日 円
(1日3回以上) 円× 日 円
看護補助者 円× 日 円
精神保健福祉士 円× 日 円
㉜ 夜間・早朝訪問看護加算 円× 日 円
㉝ 深夜訪問看護加算 円× 日 円
㉞ 精神科複数回訪問加算 円× 日 円
基本療養費 (IV)
㉟ 看護師等 円× 回 円
作業療法士 円× 回 円
㊱ 管理療養費 円+ 円× 日 円
㊲ 24時間対応体制加算 円 円
㊳ 特別管理加算 円 円
㊴ 退院時共同指導加算 円× 回 円
特別管理指導加算 円× 回 円
㊵ 退院支援指導加算 円 円
㊶ 在宅患者連携指導加算 円 円
㊷ 在宅患者緊急時等ケアフェリス加算 円× 回 円
㊸ 精神科重症患者支援管理連携加算 円 円
㊹ 看護・介護職員連携強化加算 円 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 特地
5 介
6 支援
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。