

* 12 訪問看護事業者の証明												
傷病名		(職員氏名)										
傷病の経過		(訪問看護期間)										
		年 月 日から										
		年 月 日まで										
基本療養費		訪問看護の回数 回										
基 本 療 養 費 (I) (II)	保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士	円 ×	回	円	指示期間							
		円 ×	回	円	年 月 日から 年 月 日まで							
	准看護師	円 ×	回	円	(特別指示期間)			年 月 日から 年 月 日まで				
		円 ×	回	円	主治医への直近報告年月日 年 月 日							
	加算	円 ×	回 (時間)	円 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					
情報提供療養費	管理療養費	提供した情報の概要										
	円 + 円 × 日 円	情報提供先の市区町村名										
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日 円 日	(備考)										
合計	円											
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名												
医療機関の名称												
主治医氏名												
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)												
年 月 日												
訪問看護事業者の												
所在地												
名称												
代表者氏名												