

えがおDE看護

出力帳票サンプル集

～療養費請求書 高知県指定様式～

- F-1 訪問看護療養費請求書（国保）
- F-2 訪問看護療養費請求書（後期高齢）
- F-3 福祉医療費請求書に係る請求書
【集計票】（訪問）

※掲載資料は架空データによるサンプルです。



株式会社カーネル
☎06-6221-0033

その他のサンプル帳票
ダウンロードはこちら



<https://www.kernel1991.co.jp/sample-ledger-form/>

令和 08 年 06 月分 訪問看護療養費請求書

保険者
(別 記) 殿

下記の通り請求する。

〒780-0000
事業所所在地 高知市中央区淡路町1-6-9
プライムスクエア25F
事業所名 カーネル訪問看護 (HP) ST
事業所電話 088-822-0033
代表者名 カーネル 次郎

保険者番号						県番号		ステーションコード						
3	9	0	0	1	3	3	9	0	2	5	0	9	1	1

令和 08 年 07 月 10 日

国民健康保険

			件数	日数	金額	負担金額
1	1	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求			円
			※決定			
	2	一般被保険者 (70歳以上 7 割)	請求			
			※決定			
2	1	一般被保険者	請求	5	25	283,910
			※決定			
3	1	一般被保険者 (6歳)	請求			
			※決定			
4	1	退職者 (本人)	請求			
			※決定			
6	1	退職者 (被扶養者)	請求			
			※決定			
7	1	退職者 (6歳)	請求			
			※決定			

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
54	請求	2	10	121,430	
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額	円		金額	円

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

令和 08 年 06 月分

訪問看護療養費請求書

保 險 者

各広域連合 殿

下記の通り請求する。

事業所所在地 〒780-0000
高知市中央区淡路町1-6-9
プライムスクエア25F

事業所名 カーネル訪問看護(HP)ST

事業所電話 088-822-0033

代表者名 カーネル 次郎

保険者番号						県番号		ステーションコード								
3	9	3	9	2	0	1	4	3	9	0	2	5	0	9	1	1

令和 08 年 07 月 10 日

後期高齢者医療

				件数	日数	金額	負担金額
8	1	後期高齢 一般・低所得	請求	1	5	54,160	円
			※決定				
	2	後期高齢 7 割	請求	2	10	108,320	
			※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
54	請求	2	12	125,480	
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	件数	
	金額	円

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
指定訪問看護事業者氏名

〒780-0000
高知市中央区淡路町1-6-9
プライムスクエア25F
カーネル訪問看護(HP)ST
株式会社カーネル

ステーションコード		0250911			
公費法別		件数	金額	負担金額	備考
43	入院外	3	134,100	5,000	
46	入院外	1	45,580		
73	入院外	1	71,320		
75	入院外	1	66,410		
	入院外				
	入院外				
	入院外				
	入院外				
	入院外				
	入院外				

* 福祉医療費(公費法別43・46・73・74・75・76)の請求書【集計票】です。公費法別ごとに合計を記載してください。



南国市 長 様

令和 08 年 07 月 10 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名 〒780-0000
高知市中央区淡路町1-6-9
ブライムスクエア25F
カーネル訪問看護(HP)ST
カーネル 三郎

印

令和 08 年 06 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担 者番号	4	3	3	9	0	0	4	6	給付 割合	保険者番号	0	1	3	9	0	0	1	4
受給者番 号	1	2	3	4	5	1	4		7	被保険者証 記号番号	14123456							14

受給者氏名	フリガナ	タナカ サキ	男 ・ 女
	田中 早紀		

入 外 区 分		実日数 (処方回数)	点 数				金 額				備 考
入 院	1					点				円	
入 院 外	2		5	5	4	1	6	0		円	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費43(ひとり親家庭)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます



南国市 長 様

令和 08 年 07 月 10 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

〒780-0000
高知市中央区淡路町1-6-9
ブライムスクエア25F
カーネル訪問看護(HP)ST
カーネル 三郎

印

令和 08 年 06 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担者番号	7	3	3	9	0	0	4	9	給付割合	保険者番号	0	1	3	9	0	0	1	5
受給者番号	5	4	3	2	1	1	5		7	被保険者証記号番号	1515123415							

受給者氏名	フリガナ	チハ ナコ	男 ・ 女
	千葉 直子		

入 外 区 分		実日数 (処方回数)	点 数				金 額				備 考
入 院	1					点				円	
入 院 外	2	7	7	1	3	2	0			円	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費73(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。



南国市 長 様

令和 08 年 07 月 10 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

〒780-0000
高知市中央区淡路町1-6-9
ブライムスクエア25F
カーネル訪問看護(HP)ST
カーネル 三郎

印

令和 08 年 06 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担 者番号	4	6	3	9	0	0	4	3	給付 割合	保険者番号	0	1	3	9	0	0	2	4
受給者番 号	1	2	3	4	5	2	4		7	被保険者証 記号番号	24123456						24	

受給者氏名	フリガナ	マツイ ユキコ	男 ・ 女
	松井 由紀子		

入 外 区 分		実日数 (処方回数)		点 数				金 額				備 考	
入 院	1						点				円		
入 院 外	2		4	4	5	5	8 0				円		

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費46(障害)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。

福

南国市 長 様

令和 08 年 07 月 10 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

〒780-0000
高知市中央区淡路町1-6-9
ブライムスクエア25F
カーネル訪問看護(HP)ST
カーネル 三郎

印

令和 08 年 06 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担 者番号	4	3	3	9	0	0	4	6	給付 割合	保険者番号	0	1	3	9	0	0	2	6
受給者番 号	1	3	2	4	5	6	2		7	被保険者証 記号番号	2612345				24			

受給者氏名	フリガナ	ミノ サコ	男 ・ 女
	美野 佐和子		

入 外 区 分		実日数 (処方回数)		点 数				金 額				備 考	
入 院	1						点				円	公費54の患者負担金額	
入 院 外	2		4				点 0		5	0	0 0		

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費43(ひとり親家庭)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます

福

南国市 長 様

令和 08 年 07 月 10 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名

〒780-0000
高知市中央区淡路町1-6-9
プライムスクエア25F
カーネル訪問看護(HP)ST
カーネル 三郎

印

令和 08 年 06 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担 者番号	7	5	3	9	0	0	4	7	給付 割合	保険者番号	0	1	3	9	0	0	2	8
受給者番 号	1	2	3	4	5	2	8		7	被保険者証 記号番号	28651611							

受給者氏名	フリガナ	ヤマカワ アイコ	男 ・ 女
	山川 愛子		

入 外 区 分		実日数 (処方回数)	点 数				金 額				備 考
入 院	1					点				円	
入 院 外	2		4	6	6	4	1	0		円	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費75(一部負担額の全額助成)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます。



南国市 長 様

令和 08 年 07 月 10 日

医療機関等の所在地及び名称

開設者名 〒780-0000
高知市中央区淡路町1-6-9
ブライムスクエア25F
カーネル訪問看護(HP)ST
カーネル 三郎

印

令和 08 年 06 月分の福祉医療費を下記のとおり請求します。

公費負担 者番号	4	3	3	9	0	0	4	6	給付 割合	保険者番号	0	1	3	9	0	0	2	9
受給者番 号	1	2	3	4	5	2	9		7	被保険者証 記号番号	29123456 29							

受給者氏名	フリガナ	ワダ サヤ	男 ・ 女
	和田 沙耶		

入 外 区 分		実日数 (処方回数)	点 数				金 額				備 考
入 院	1					点				円	
入 院 外	2		5	7	9	9	4	0		円	

※ 入院・入院外でそれぞれ1枚ずつ必要となります。

【受給者の取扱】

- 県内の保険医療機関で保険の自己負担金を支払わないで診療を受ける場合は、この請求書に被保険者証と受給者証を必ず添えて窓口へ提出してください。

【医療機関等にお願ひ】

- 記載においては、電算打ち出しでも受付します。
- この請求書は、社保福祉医療費43(ひとり親家庭)の自己負担分の請求です。国保連合会に提出願ひます