4号紙

訪問看護事業者の証明書

氏　　名	

傷病名		（訪問看護期間） 年　　月　　日から 年　　月　　日まで 訪問看護の回数　　回	
（傷病の経過）			
基本療養費	□保健師　□看護師　□理学療法士 □作業療法士 円 ×　　回　　円 □准看護師 円 ×　　回　　円	指示年月日	年　　月　　日
		主治医への直近報告年月日	年　　月　　日
		（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	
管理療養費	初　　日　　円 ２回目以降　　回　　円		
情報提供療養費	円	提供した情報の概要	
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日　　年　　月　　日	情報提供先の市（区）町村の名称	
		（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。

年　　月　　日

訪問看護事業者の
- 所在地
- 名　　称
- 代表者氏名

［注意事項］

1　該当する□に✓印を記入すること。

2　この様式中、訪問看護の内容の詳細については、この様式への記入に代えて、同様事項を記載した訪問看護療養費明細書を添付してもよいこと。なお、その場合であっても、この様式の提出は必須であること。