

【医療保険帳票類 注文表】

どちらか該当に○印をお願いします。

財団会員の場合、全て表示価格の10%割引にて販売いたします。

財団会員	非会員
会員No.	

(財)日本訪問看護財団
TEL 03-5778-7001
FAX 03-5778-7009

(会員の場合は会員No.の記入もお願いします。記入がない場合は非会員扱いになります。)

購入の商品IDに○をつけて必要冊数をご記入の上FAXでお申し込み下さい。

商品ID	帳票用紙商品名	通知様式 番号	形式2枚複写	単価(税込)	注文数	金額
A01	訪問看護 療養費請求書 (社保)	様式第一	A4 12組/冊 (2冊1セット)	¥836	セット	円
A02	訪問看護 療養費請求書 (国保)	様式第二	A4 25組/冊	¥836	冊	円
A06	訪問看護 指示書 (主治医)	別紙様式16	A4 50組/冊	¥1,144	冊	円
A07	特別 訪問看護 指示書 (主治医) (急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある場合)	別紙様式18	A4 50組/冊	¥1,144	冊	円
A09	精神訪問看護 指示書 (主治医)	別紙様式17	A4 25組/冊	¥836	冊	円
A21	退院時共同指導説明書		A4 25組/冊 (3枚複写)	¥1,144	冊	円
				合計	セット 冊	円

※代金のお支払いは商品到着後、同封の振込用紙でお願い致します。
※振込手数料はお支払いの際にご負担をお願い致します。
※お申込合計が2,000円未満の場合、送料が別途必要となります。

※A02は使用出来ない都道府県がありますので詳細は所轄の国保連合会にお尋ね下さい。

※注文から商品到着まで約1週間程度かかる為、余裕を持ってお申込み下さい。
また、商品申込後、2週間を過ぎても商品が到着しない場合はご連絡下さい。

注文年月日 年 月 日

法人名 ※(例) 社団法人〇〇会等、こちらもご記入下さい

機関名(ステーション名)

〒

住所

代表者名

担当者名

電話番号

FAX番号

備考欄

顧客ID

申込書にご記入いただいた個人情報は個人情報保護法を遵守し適切に利用・管理いたします。