

受付印欄

国民健康保険療養費支給申請書

(宛先) 長野市長

下記のとおり別紙証拠書類を添えて療養費を申請します。

※診療日の翌日から2年以内に

令和 年 月 日

申請してください。

〒

住 所 長野市

世 帯 主

氏 名

自署の場合は

押印不要

個人番号

(電話 - -)

被保険者記号番号	長一	療養を受けた	
被保険者の個人番号		被保険者氏名	昭・平・令 年 月 日生
第三者による事故等の医療費を含む場合は、右の欄に○をしてください。			
傷 病 名			
発病、負傷 の 年 月 日	令和 年 月 日	療養 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
診療薬剤の支給又は手当 を受けた病院、診療所等 の所在地及び名称	所在地		
	名 称		
国民健康保険で診療が受け られなかった具体的理由			療養に要した費用 円

☐ 世帯主の公金受取口座を利用する（既に登録済みの方のみ可）☐ その他振込先口座を指定する

振 込 先 金 融 機 関	銀行・信用金庫 支店		
	農協・信用組合 支所		
	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	
審 査 決 定 額	※ 円	一 部 負 担 金	※ 円
		支 給 額	※ 円

↓ 世帯主名義の口座以外に振込を希望する場合は記入して下さい(押印が必要です)。

委 任 状	私（世帯主）は、申請により支給される療養費の受領を次の者に委任します。		委任者印 (世帯主の 認印)
	受任者（口座名義人）住所 世帯主と同じ ☐ 〒		
	受任者（口座名義人）氏名 電話 () -		

「※欄」は記入しないでください。

※医科、歯科、調剤、補装具、柔整

針灸、マッサージ、その他 ()

受付者

市役所職員確認欄

<補装具購入の場合>※領収書に「靴型装具」と書かれている場合は本庁に連絡してください。

	確認欄	確認内容
1	☐	住所、氏名、電話番号、記号番号、個人番号等の記入はありますか。
2	☐	「受付者」欄へ印鑑または署名はしましたか。
3	☐	世帯主以外の口座に振込み依頼をする場合、「委任状」への記載、押印はありますか。
4	☐	領収書、診断書は原本をお預かりしていますか。(コピー不可)
5	☐	領収書に領収金額の明細はありますか。 「別紙明細書のとおり」と書かれている場合、別紙明細書も添付してください。
6	☐	領収書・診断書の返却の希望について、確認しましたか。
7	☐	福祉医療の対象になる方か確認しましたか。 対象となる場合は、福祉医療費支給申請書も提出してください。

<他保険に医療費の返納金を支払った場合>

※診療報酬明細書の封筒を開封し、診療報酬明細書の枚数・内容を確認してください。

	確認欄	確認内容
1	☐	受診者は、受診日時点で長野市国保の資格を持っていますか。
2	☐	住所、氏名、電話番号、記号番号、個人番号等の記入はありますか。
3	☐	「受付者」欄へ印鑑または署名はしましたか。
4	☐	世帯主以外の口座に振込み依頼をする場合、「委任状」への記載、押印はありますか。
5	☐	領収書（他保険者発行のもの）の原本をお預かりしていますか。(コピー不可)
6	☐	レセプトと同じ枚数の申請書をお預かりしていますか。
7	☐	領収書の返却の希望について、確認しましたか。

<急病で保険証を持たずに受診し、医療費全額を支払った場合>

※診療報酬明細書の封筒を開封し、診療報酬明細書の枚数・内容を確認してください。

	確認欄	確認内容
1	☐	受診者は、受診日時点で長野市国保の資格を持っていますか。
2	☐	住所、氏名、電話番号、記号番号、個人番号等の記入はありますか。
3	☐	「受付者」欄へ印鑑または署名はしましたか。
4	☐	世帯主以外の口座に振込み依頼をする場合、「委任状」への記載、押印はありますか。
5	☐	領収書（医療機関発行のもの）の原本をお預かりしていますか。(コピー不可)
6	☐	レセプトと同じ枚数の申請書をお預かりしていますか。
7	☐	領収書の返却の希望について、確認しましたか。
8	☐	福祉医療の対象になる方か確認しましたか。 対象となる場合は、福祉医療費支給申請書も提出してください。