

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。

令和 年 月 日

〒

住 所 長野市

※診療日の翌日から2年以内に

申請してください。

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 被保険者氏名		
被保険者の個人番号			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（マイナンバーカードで「公金受取口座」登録済みの方のみ可）☐ その他振込先口座を指定する ※ゆうちょ銀行の場合、支店番号は漢数字3桁、口座番号は7桁をご記入ください

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	

↓ 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ください

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。					
	受任者（口座名義人）住所 世帯主と同じ <input type="checkbox"/>					
	受任者（口座名義人）氏名 電話（ ） -					

来庁者：世帯主・世帯主以外 氏名（ ） 本人確認書類：免・個・在・旅・障・国・他（ ）

国保職員処理欄

審査決定額	円	一部負担金	円	支給額	円
-------	---	-------	---	-----	---

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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	「受付者」欄へ印鑑または署名はしましたか。
3	<input type="checkbox"/>	世帯主以外の口座に振込み依頼をする場合、「委任状」への記載はありますか。
4	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	領収書・診断書の返却の希望について、確認しましたか。
7	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	「受付者」欄へ印鑑または署名はしましたか。
4	<input type="checkbox"/>	世帯主以外の口座に振込み依頼をする場合、「委任状」への記載はありますか。
5	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	領収書の返却の希望について、確認しましたか。

<急病で国民健康保険を使わずに、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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	「受付者」欄へ印鑑または署名はしましたか。
4	<input type="checkbox"/>	世帯主以外の口座に振込み依頼をする場合、「委任状」への記載はありますか。
5	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	領収書の返却の希望について、確認しましたか。
8	<input type="checkbox"/>	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。