

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

※診療日の翌日から2年以内に

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"/>					
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
受任者(口座名義人)氏名		電話(<input type="text"/> - <input type="text"/>)						

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	受付者
医科、歯科、調剤、補装具、柔整、針灸、マッサージ、その他(<input type="text"/>)						

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が確認しましたか。 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が確認しましたか。 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。