

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

世帯主

氏名

自署の場合は

押印不要

個人番号

(電話

-

-

)

| | | | |
|-----------------------------------|----------|--------------|-----------------------------|
| 被保険者証の番号 | 長一 | 療養を受けた被保険者氏名 | 昭・平・令 年 月 日生 |
| 被保険者の個人番号 | | | |
| 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 | | |
| 被保険者証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)

※診療日の翌日から2年以内に

 その他振込先口座を指定する

申請してください。

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

「※欄」は長野市国保処理欄につき記入不要

↓ 世帯主名義以外の口座に振込希望の場合は下欄にも記入・押印してください。

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

※医科、歯科、調剤、補装具、柔整

針灸、マッサージ、その他 ()

受付者

受付時確認欄

<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、押印はありますか。 |
| 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、押印はありますか。 |
| 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 | <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、押印はありますか。 |
| 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。 |