

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			
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				
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
金融機関名	銀行・信用金庫 支店 農協・信用組合 支所				
※国保課使用欄	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
		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 <input type="checkbox"/>			
	〒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	受任者(口座名義人)氏名	電話 () -			

「※欄」は記入しないでください。また、診療日の翌日から2年以内に申請してください。

※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	<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。