

精算手続きのご案内

急病センターに受診された際の診療費の精算についてご案内します。

下記の必要な書類を揃えて、名古屋市医師会 事業課まで郵送していただきますようよろしくお願い申し上げます。なお、振込にかかる手数料実費は、お返しする診療費より控除させていただきますので、ご了承下さい。

1. 精算に必要な書類

	必要なもの	注 意 事 項
○	「診療費請求書兼領収書」	必ず原本を同封して下さい。
○	健康保険被保険者証のコピー	受診された方の被保険証の表面をコピーして下さい。保険者番号、記号番号が写っているか確認して下さい。
	公費医療受給者証のコピー (子ども、老人、障害者、ひとり親家庭等)	
○	診療費精算振込依頼書	別紙
○	82円分の切手を貼った返信用封筒	振込の案内、領収証を郵送します。返信先の住所、氏名を記入して下さい。

2. 上記書類の送付先

〒461-0004 名古屋市東区葵1-4-38
名古屋市医師会 事業課 救急対策係
電話番号(代) 052-937-7801

3. 書類等到着後の事務手続き

- (1) 上記の精算に必要な書類をお送りいただいたあとに、同封の被保険者証及び公費医療受給者証が有効であるか、保険者に資格確認をさせていただきます。
- (2) 資格確認がとれましたら、振込日に「お振込のご案内」及び「領収証」を郵送します。振込事務処理の都合上、下記のとおりです。

書類が医師会に到着した日	振込日*
1日～15日	当月末日
16日～月末	翌月15日

*振込日が休日にあたる場合は翌営業日となります。

診療費精算振込依頼書

精算に必要な書類を同封しましたので、診療費精算振込の依頼をいたします。

受診者 _____

請求代理人 _____【続柄 _____】

連絡先 (_____) _____

間違いがあった場合に連絡することが
ありますので必ずご記入ください。

振込先指定口座

銀行名	
支店名	
口座番号	普通
ふりがな	
口座名義人 注)	

注) 受診者と振込先指定口座名義人が異なる場合は、請求代理人の氏名及び続柄を必ず記入して下さい。

注意

通帳を見ながら転記して下さい。記入内容に間違いがあると口座確認ができるまで送金できなくなります。