

提出年月日

甲府市ひとり親家庭等医療費助成金支給申請書  
ひとり親家庭等医療費の助成を受けたく、申請します。

令和〇年 〇月 〇日

保護者の氏名をご記入ください。

患者氏名 甲府 太郎

朱肉を使う印鑑を押してください。  
(サイン・シャチハタは不可です。)

受給者証に記載されている受給者番号をご記入ください。  
(公費負担者番号ではありませんのでご注意ください。)

生年月日 令和〇年〇月〇日

申請者住所 甲府市丸の内1-18-1

氏名 甲府 花子



電話 055-237-5674

000000

保険について該当するものを丸で囲み、余白に保険者の名称をご記入ください。

山梨支部

甲府市  
国民健康保険組合  
全国健康保険協会  
健康保険組合  
共済組合

保険の記号・番号をご記入ください。  
(枝番は不要です。)

保険について該当する種別にチェックをお願いします。

国保 国保組合 協会けんぽ  
健保組合 共済組合 その他( )

000000・000

患者の個人番号 0000000000000000

患者の健康保険加入状況を、甲府市が個人番号を用いて照会・確認することに同意します。  
※同意されない場合は、関係書類の提出

患者(病院等にかかった方)の個人番号をご記入ください。

医療保険による診療報酬請求書  
甲府市が定める次の要件を満たした領収書を添付することは  
①受診者氏名 ②診療年月 ③医療保険対象総点数 ④負担割合  
⑤発行年月日 ⑦入院時食事療養費等の負担額 ⑧入院時食事療養費等の費用額

(患者氏名) 様

保険医療機関等記入欄

年 月分診療費等 実診療日数 日間

入院外 歯科外来 調剤 医科入院 歯科入院 その他( )

医療保険対象総点数 点・円  
入院時食事療養標準負担額  
入院時生活療養標準負担額  
円× 日・食  
合計 円

※医科・歯科・調剤は総点数を点で、鍼灸・整骨・接骨等療養費は総医療費を円で記入してください。

窓口一部負担金(保険適用) 円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

所在地  
保険医療機関等名称  
氏名



※支給申請額(市役所記入欄) ( )