

第4号様式(第10条関係)

申請者記入欄	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。			年	月	日							
	(あて先) 甲府市長												
	患 者 氏 名												
	生 年 月 日												
	申 請 者 住 所												
	氏 名			印									
電 話													
受 給 者 番 号													
保 険 者 名			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 種 別			☐ 国保 ☐ 国保組合 ☐ 協会けんぽ ☐ 健保組合 ☐ 共済組合 ☐ その他()										
被保険者等記号・番号													
患 者 の 個 人 番 号			☐ 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、関係書類の提出が必要となります。										
保険医療機関等記入欄	医療保険による診療報酬請求額証明書 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により証明の代わりになります。 ①受診者氏名 ②診療年月 ③医療保険対象総点数 ④負担率 ⑤発行者(保険医療機関等)名 ⑥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)												
	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				☐ 入院時食事療養標準負担額 ☐ 入院時生活療養標準負担額								
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>点 ・ 円</td></tr></table>										点 ・ 円	円 × 日 ・ 食	
							点 ・ 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。				合計 円								
	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 印													
※支給申請額(市役所記入欄) ()													