第4号様式（第10条関係）

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**

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**

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。）

受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇

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。

保険者	**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
保険の種別	☐国保　☐国保組合　☑協会けんぽ　☐健保組合　☐共済組合　☐その他（
保険の記号・番号	〇〇〇〇〇〇・〇〇〇
患者の個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

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。

☑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。

患者（病院等にかかった方）の個人番号を記入の上、同意欄にチェックをお願いします。

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

①受診者氏名　②診療年月　③医療保険対象総点

等）名　⑥発行年月日　⑦入院時食事療養費等の負

（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 円×　日・食 合計　円
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。	
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）　（　　）

（注）1　申請は、1保険医療機関等ごと1月を単位に1枚の申請書で行ってください。

2　申請の際は、受給者証及び被保険者等であることを証する書類を一緒にお持ちください。

3　他制度により給付を受けられた場合は、申請時に支給決定通知書等を添付してください。

4　上記の給付が後日確認された場合や医療保険の未加入期間中の申請であることが確認された場合は、既助成額について返納していただきます。