第4号様式(第10条関係)

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者記入欄</td><td colspan="2">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　　㊞
電話</td></tr>
<tr><td>受給者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td>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</td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td>□国保　□国保組合　□協会けんぽ
□健保組合　□共済組合　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>被保険者等記号・番号</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="8">保険医療機関等記入欄</td><td colspan="9">医療保険による診療報酬請求額証明書
（注）診療報酬明細等の記載され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。</td></tr>
<tr><td colspan="9">（患者氏名）
様</td></tr>
<tr><td colspan="4">年　　月分診療費等</td><td colspan="5">実診療日数　　日間</td></tr>
<tr><td colspan="9">□入院外　□歯科外来　□調剤　□医科入院　□歯科入院　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>医療保険対象総点数</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>点
円</td><td colspan="2">□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</td></tr>
<tr><td colspan="2">窓口一部負担金（保険適用）</td><td colspan="7">円</td></tr>
<tr><td colspan="9">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　　㊞</td></tr>
<tr><td colspan="9">※支給申請額（市役所記入欄）　　（　　）</td></tr>
</table>

※欄は、記入しないでください。