

提出年月日

甲府市すこやか子育て医療費助成金支給申請書
すこやか子育て医療費の助成を受けたく、申請します。

令和〇年 〇月 〇日

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。)

受給資格証に記載されている
保護者の氏名をご記入ください。

子どもの氏名 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
000000

受給資格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。)

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 種 別
☐国保 ☐国保組合 ☒協会けんぽ
☐健保組合 ☐共済組合 ☐その他()
000000・000

保険について該当する種別
にチェックをお願いします。

0000000000000000
☒子ども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			
							点・円	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。										
	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) ()										

