

甲府市すこやか子育て医療費助成金支給申請書

受付 年月日	年 月 日	受付 番号
-----------	-------	----------

申請者 記入欄	小児氏名	保険区分		被保険者証等の記号番号	医療保険の名称
	生年月日 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> その他(                      )			健康保険組合 社会保険事務所 共済組合 国民健康保険組合 全国健康保険協会

保険医療機関等記入欄	療養を受けた傷病名及び診療報酬明細書の点数並びに支払区分 (注) (この欄は療養を受けた月の翌月の10日以降に、保険医療機関等で記入及び証明を受けてください。) ※ 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(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			
	診療報酬請求点数 年 月 分  点 円	実診療 日 数  日間	区分等 <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 歯科外来 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他(              ) <input type="checkbox"/> 医科入院 <input type="checkbox"/> 歯科入院  (                      食事療養標準負担額                      ) 円×                      日・食	保険医療機関等の証明・所在地・名称  ㊞

申請者 記入欄	下記のとおり申請します。 (あて先)甲府市長                      令和 年 月 日 丁目 番 号 申請者 住所 甲府市 (保護者)                      町 番地  氏 名                      ㊞  日中の連絡先(電話)	委任 受給者 氏 名                      ㊞ すこやか子育て医療費助成金の受取を次の者に委任します。 令和 年 月 日 代理人 住所 甲府市                      丁目 番 号 氏 名                      ㊞
------------	--	---

支給申請額(市役所記入欄)    本人負担額(              ) + 薬剤一部負担(              ) - 附加給付等の額(              ) + 食事代(              ) = 決定金額(              )

- (注) 1 **太枠内をインク又はボールペン等で記入してください。**  
 2 申請は、1医療機関等ごと1ヶ月を単位に1枚の申請書で行ってください。  
 3 申請の際は、資格証と被保険者証と印鑑(朱肉を使用するもの)を一緒にお持ちください。  
 4 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を添付してください。  
 5 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。  
 6 委任欄については、現金支給の者で資格証の保護者と異なる者が申請される場合のみ記入してください。

領収書で申請される方はここにホッチキスでとめてください。