

那覇市子ども医療費助成金支給申請書

〇〇年 △△月 □□日

那覇市長

宛

申請者 住 所 那覇市泉崎1丁目1番1号

(保護者)氏 名 那覇 太郎

電話番号 090 - 1234 - 5678

別添のとおり、医療費を支払いましたので、医療費助成金の申請をします。

受給者番号	※受給資格者証の番号記入			
こども	那覇 次郎	続柄：※記入不要	個人：※記載不要	
		性別：※記入不要	※生年月日記入	生
住 所	那覇市泉崎1丁目1番1号			
		電話番号	※記入不要	
被保険者氏名	那覇 太郎	個人：※記載不要		
		性別：※記入不要	※生年月日記入	生
住 所	那覇市泉崎1丁目1番1号			
		電話番号	090 - 1234 - 5678	
保険者番号	12345 不明なら空白	記号	那国	番号 678900
種別	国保 ※共済や組合等の種別だが不明なら空白でも可	保険有効日：※保険取得日もしくは認定日		
保険者	那覇市国民健康保険課 ※保険証の組合等の名称	保険喪失日：※保険証に記載もしくは日付が分かるなら記入		

振込先	金融機関名	登録されている口座情報となります。
	口座番号	

課 長	職員記載箇所			

決裁欄	再審査	入力チェック	入力	審査	受付
	職員記載箇所				