

那覇市子ども医療費助成金支給申請書					
那覇市長				宛	
〇〇年 △△月 □□日					
那覇市子ども医療費助成金支給申請書について、以下のことについて同意します。					
1 学校・保育園・子ども園・幼稚園等の管理下で生じた医療費（災害共済給付制度対象）、または第三者（保険等を含む）からの賠償として医療費の支払いを受けたものではないこと。					
2 診療月から2年以内の領収書（診療月の翌月1日より給付申請受付）の原本を添付すること。					
3 同月一医療機関で21,000円を超える医療費は、窓口申請のみとなること。					
4 加入している健康保険・登録済の振込先口座に変更がある場合は、速やかに届出ること。					
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 生年月日：〇年△月□日		
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		生年月日：△年□月〇日		
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	国民健康保険 ※共済や組合等の種別。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
	口座番号	

課 ・	子育て応援課 記載箇所

決 裁 権	子育て応援課 記載箇所