

第6号様式

那覇市母子及び父子家庭等医療費助成金支給申請書

受付No.

年 月 日

受付者	
枚数	

那覇市長 宛

受給者番号

※【

※住所 那覇市

※保護者氏名

※連絡先

※代理者氏名 続柄

下記のとおり医療費助成金を申請します。

※ 加 入 医 療 保 険					
1 国保	2 全国健康保険協会	3 健康保険組合 共済組合	被保険者氏名 または国保世帯主名		
※どなたの医療費について助成金申請を行いますか？ 対象者のお名前を記入してください。		※ 提 出 前 チェック 項 目		左の項目を確認し 「はい」を○で囲む	
		提出する領収書は、受診した月の翌月から2年以内のものですか。		はい	
医療費助成申請対象者	氏 名	年齢	お子様の領収書で、こども医療費助成対象の分はありませんか？ (令和4年3月以前診療分)未就学児の領収書、小学生や中学生の入院の領収書 (令和4年4月以降診療分)中学生以下の領収書		はい
			1人同月1医療機関で1000円を超えていますか。 一部負担額 - 1000円 = 助成金額 となりますので1000円未満は助成金ができません。 保険適用外は助成対象外です・院外調剤分は外来分に含めて計算します。		はい
			学校や保育園等でのケガ、事故で受診した領収書ではないですか。 上記にあたる場合は、学校や保育所、事故等の加害者に治療費の請求をしてください。		はい
			加入健康保険・氏名・住所・口座等・生活状況 に変更はありませんか。 変更のある場合はすみやかに変更届けの提出をしてください。		はい

受給資格 取 得 日	年 月 日	年度	合算 なし ・ あり	口座			
受給資格 停 止 日	年 月 日	課 ・ 非 ・ 未	高額該当なし ・ 回目		入力チェック	入力	審査
受給資格 停止解除日	年 月 日	高 額 説 明 (未 ・ 済)	附加金説明 (未 ・ 済)				
受給資格 喪 失 日	年 月 日						