

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

受給者証記号番号
 那医(母・父・養)

※【 _____ 】

※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。

(太線の枠内の記載をお願いします。)

※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
			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	就学前児童の外来、小学生や中学生の入院の領収書はありませんか。 こども医療費助成対象の領収書は、この申請書では手続きできません。診療を受けた翌月1日から1年以内に、こども医療費助成の申請を行ってください。
			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

(以下、職員記載箇所)

受給資格 取得日	年 月 日	年度	合算 なし ・ あり	口座	入力チェック	入力	審査
受給資格 停止日	年 月 日	課 ・ 非 ・ 未	高額該当なし ・ 回目				
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						