

那覇市子ども医療費助成金支給申請書

年 月 日

那覇市長 宛

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

(保護者) 氏 名

電話番号

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					
こども	続柄： 生年月日：				
住 所					電話番号
被保険者 氏 名	生年月日：				
住 所					電話番号
保険者番号	記号			番号	
種別					保険有効日：
保険者					保険喪失日：

振込先	金融機関名		支店名	
	口座番号		フリガナ	
			口座名義人	

年度	説明	附加金	合算	高額該当	登録口座
課 ・ 非 ・ 未	未・済	あり/なし	あり/なし	なし/ 回目	

決 裁 欄	再審査	入力チェック	入力	審査	受付