

第4号様式

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

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：		個人： 生		
住 所	電話番号				
被保険者氏名	個人：		生		
住 所	電話番号				
保険者番号	記号	番号	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	

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

下記2点をご確認のうえ、該当する場合はチェックをつけてください。

- 学校等の管理下での活動で生じた医療費ではありません。
- 第三者（保険等）から医療費の助成を受けることができない医療費です。

決裁欄	再審査	入力チェック	入力	審査	受付