

那覇市こども医療費助成金受給資格認定申請書

那覇市長 宛

年 月 日

那覇市が医療費助成に関し、必要があると認めるときは、以下のことについて同意します。

- 1 担当職員が那覇市の課税台帳等に記載されている情報について閲覧・確認することや保険者、保険医療機関等その他の者に対し、必要な書類の閲覧または資料の提供若しくは必要な事項の報告を求めること。
- 2 こども医療費助成金の支給を受けるために必要なこどもの受診に関する情報を保険医療機関等が沖縄県国民健康保険団体連合会を通じて那覇市に送付すること。
- 3 支給した助成金の額に過誤があった場合、その後に支払うべき助成金との間で必要な調整を行うこと。

申請者 住所
氏名
電話番号

こども	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日	住所
保護者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日	住所
保護者	フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日	住所
加入医療保険	保険種別	記号番号
	保険者名	附加給付の有無
	住所	

口座情報	金融機関名	本店支店名
	口座番号	口座名義人

受給者番号	交付年月日
受給資格有効期間	年 月 日から 年 月 日
備考	

決裁欄	再審査	審査	受付入力

那覇市子ども医療費助成金受給資格認定申請書

那覇市長 宛

令和〇〇年〇〇月〇〇日

那覇市が医療費助成に関し、必要があると認めるときは、以下のことについて同意します。

- 担当職員が那覇市の課税台帳等に記載されている情報について閲覧・確認することや保険者、保険医療機関等その他の者に対し、必要な書類の閲覧または資料の提供若しくは必要な事項の報告を求めること。
- 子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な子どもの受診に関する情報を保険医療機関等が沖縄県国民健康保険団体連合会を通じて那覇市に送付すること。
- 支給した助成金の額に過誤があった場合、その後に支払うべき助成金との間で必要な調整を行うこと。

申請者 住所 那覇市泉崎1-1-1
氏名 那覇 太郎
電話番号 090-1234-5678

子ども	フリガナ ナハ ジロウ 氏名 那覇 次郎 生年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	住所 那覇市泉崎1-1-1
保護者	フリガナ ナハ タロウ 氏名 那覇 太郎 生年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	住所 那覇市泉崎1-1-1
保護者	フリガナ ナハ ハナコ 氏名 那覇 花子 生年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	住所 那覇市泉崎1-1-1
加入医療保険	保険種別 国保	記号番号 那国 123456
	保険者名 那覇市国民健康保険課	附加給付の有無
	住所 那覇市泉崎1-1-1	

口座情報	金融機関名 ゆうちょ銀行	本店支店名 〇〇〇
	口座番号 1234567	口座名義人 ナハ ハナコ

受給者番号	交付年月日
受給資格有効期間	記入不要
備考	

決裁欄	再審査	審査	受付入力