

沖縄市子ども医療費助成金支給申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄市長 様

助成対象者  
(保護者)

住 所 沖縄県沖縄市仲宗根町 26 番 1 号

氏 名 沖縄 太郎

続 柄 父

電話番号 090-1234-xxxx

・確認事項 (今回の申請で該当するものを丸で囲んで下さい)

交通事故、学校でのケガ ( 有 ・ **無** ) 就学援助 (準要保護) 受給 ( 有 ・ 無 )

対象外の領収書が発生した際の対応 ( **返却不要** ・ 返却希望 )

以上のとおり確認の上、別添・領収書 ( **1** ) 枚のとおり医療費の文書

受給者資格証をご確認の上  
ご記入ください

受給資格者証番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
こ ど も	ふりがな	おきなわ いちろう			
	氏 名	沖縄 一郎			
	住所	沖縄市仲宗根町 26 番 1 号			
	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名	沖縄 太郎			
	記号・番号	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇
	保険者名称	〇〇〇〇〇健康保険組合			
	個人番号				
振 込 先	金融機関名			支店名	
	預金種別	<p align="center">※ 記入不要 ※ 登録口座へ振り込みます。 別口座へ振込希望の場合は変更届が必要です。</p>			
	フリガナ				
	口座名義人				

健康保険証をご確認の上  
ご記入ください