

母子及び父子家庭等医療費助成金申請書

平成 年 月 日

沖縄市長 殿

沖縄市

住所

保護者

氏名

印

電話番号

代理者氏名

印

別添（領収書 枚）のとおり医療費の支給を申請します。

学校でのケガ（有・無）

口座の変更（有・無）

受給資格者番号		
加入医療保険	被保険者氏名	
	記号・番号	
	名称	

※ ここから下は、記入する必要はありません。

処 理 欄		自己負担額	一部負担金	付加給付	高額療養費	支給額
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					
	月					

Large empty rectangular box for additional information or signature.

入力