

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

必ず押印して下さい

助成対象者
(保護者)

住 所 沖縄市仲宗根町 26 番 1 号

氏 名 沖縄 太郎 印

続 柄 父

電話番号 098-939-1212

別添・領収書 () 枚のとおり医療費の支給を申請します。

受給資格者証番号		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
	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		口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

受給資格者証をご確認の上
ご記入下さい。

健康保険証をご確認の上
ご記入下さい。