

母子及び父子家庭等医療費助成金申請書

沖 縄 市 長 様

年 月 日

住 所 沖縄市

保護者氏名

(保護者又は代理人)
電話番号

代理者氏名

・確認事項(今回の申請で該当するものを丸で囲んでください)

交通事故、学校・職場等でのケガ (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、別添のとおり医療費の支給を申請します。

| | | | | | | |
|----------------|--------|-------|-------|------|-------|------|
| 加入 医療 保険 | 被保険者氏名 | | | | | |
| | 被保険者住所 | | | | | |
| | 記号番号 | 記号 | | 番号 | | |
| | 名称 | | | | | |
| 対象者氏名 | 自己負担額 | 入院・外来 | 一部負担額 | 附加給付 | 高額療養費 | 支払金額 |
| | | 入 ・ 外 | | | | |
| | | 入 ・ 外 | | | | |
| | | 入 ・ 外 | | | | |
| | | 入 ・ 外 | | | | |
| | | 入 ・ 外 | | | | |
| | | 入 ・ 外 | | | | |
| | | 入 ・ 外 | | | | |
| | | 入 ・ 外 | | | | |

| | | | | | |
|-------------|--|----|-----|-----|----|
| 処 理 欄 | | 枚数 | 過誤額 | 支給額 | 入力 |
| | | | | | |