

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