

# 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<br>医療<br>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<br>理<br>欄 |  | 枚数 | 過誤額 | 支給額 | 入力 |
|             |  |    |     |     |    |