

第5号様式(第6条関係)

| | | | | | | |
|--|---------|-------|---------|--------|-------|--|
| <p style="font-size: 1.2em;">こども医療費助成金支給申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>北谷町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> | | | | | | |
| 対象こども | | | | 受給者番号 | | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | | 領収書の枚数 | 枚 | |
| 受給資格者 | 氏名 | | | 電話 | | |
| | 勤務先 | | | 勤務先電話 | | |
| 加入医療保険 | 保険種別 | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | |
| | 記号・番号 | | 記号 | | 番号 | |
| | 保険者名称 | | | | | |
| | 保険者番号 | | | | | |
| | 附加給付の有無 | | 有・無 | 給付割合 | | |
| 振込口座 | | 金融機関名 | | | 本店支店名 | |
| | | 口座番号 | | | フリガナ | |
| | | | | | 口座名義人 | |
| 交付年月日 | | 年 月 日 | | | | |
| 有効期間 | | 開始日 | 年 月 日から | | | |
| | | 入院 | 年 月 日まで | | | |
| | | 外来 | 年 月 日まで | | | |
| | | | | | | |