様式第1号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **こども医療費助成金受給資格認定申請書**  年　　　月　　　日  　　　国 頭 村 長　 様  住所  申請者    (保護者)　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | |
| こども | | フリガナ  氏　名  個人番号 | |  | | | | | | | | | | 性　　別 | |
|  | | | | | | | | | |
| 男　・　女 | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | |
| 保護者 | | 氏　　名  個人番号 | | ㊞ | | | | | 電話番号 | | | (自 宅) - | | | |
| 勤務先名 | |  | | | | | （勤務先） - | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | |  | | | | 記号・番号 | | | | | ・ | | |
| 保険者所在地 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 保険者名称 | | | １．国頭村　　２．全国健康保険協会（　　　　　）支部  ３．市町村職員共済組合　 ４．公立学校共済組合  ５．駐留軍要員健康保険組合　 ６．その他（　　　　　　 ） | | | | | | | | | | | |
|
| 附加給付の有無 | | | 有　・　無 | | 給付割付 | | | | |  | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |
| 口座振込先 | | | 琉球銀行　沖縄銀行　海邦銀行  沖縄県農業協同組合　郵貯銀行 | | | | 本店・支店  支所・出張所 | | | | | | | | １　普通  ２　当座 |
| 口座番号 | | |  | | フリガナ  名義人 | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者証記号番号 | 記 号  番 号 | 国　こ | 受　給　資　格　期　間 |
| 年　　月　 日から  年　　月　 日まで |
| 受付交付年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 備考 | ・　　・　　・　　(　　　　　　)転入  　　　　　　　・　　・　　・　　(　　　　　　)変更  　　　　　　　・　　・　　・　　(　　　　　　)変更 | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 供覧 | 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |