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 |
| 　　　　　　　　　　　 |  |  |  |