

養育医療給付申請書

平成 年 月 日

名護市長 殿

申請者 住所 名護市

氏名 印

受療者との続柄

連絡先

受療者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日
	氏名					
	住所	〒905- 名護市			個人番号	
	居住地	(*) 〒				
扶養義務者	氏名		続柄		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	〒905- 名護市			勤務先	
加入医療保険		記号・番号	記号		番号	
		保険者名	名護市 全国健康保険協会（ ）支部 社会保険（ 社会保険事務所） 共済→市町村・公立学校・地方職員・厚労省・（ ） 組合→（ ）			
希望する指定 養育医療機関	県立中部病院 県立南部医療センター・こども医療センター 県立北部病院 その他（ ）					
※同意欄 私は、世帯及び税額の分かる情報について、養育医療給付認定の判定に使用することに同意します。 <p style="text-align: right;">氏名 印</p>						

(*) 住所と異なる場合に記載してください。

受給番号		受給資格期間 平成 年 月 日から			
交付年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日まで			
備考		受付		審査	