

一般疾病医療費支給申請書

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日生					
居住地	〒 (電話番号 - -)												
負傷又は疾病の名称	医療に要した費用 (総医療費)		円										
	医療費要した費用 のうち自己負担額		円										
	この欄は記入しないでください												
併用できる 医療保険等の種類	健保 国保 (一般・退職者) その他 ()	本人 ・ 被扶養者	決 定 額										
被爆者健康手帳 の交付年月日 及び番号	年	月	日	公費負担者番号		1	9	1	2	6	0	1	0
				公費負担医療 の受給者番号 (手帳番号)									
被爆者一般疾病医療 機関から医療を受け ることができなかった理由													
医療を受けた期間	年 月 日から			年 月 日まで			(入院 日)			(入院外 日)			
医療を受けた期間の 名称及び所在地	(被爆者一般疾病医療機関 その他)												
看護。移送等に あつては、その 期間、区間等													
支払希望期間	銀行		本店 支店	預金 種別	普通 当座	口座 番号							

原子爆弾被爆者に対する支援に関する法律第18条に規定により、一般疾病医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者

Ⓜ

千葉県知事 様