

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								
			医療に要した費用 のうち自己負担額		円								
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	この欄は記入しないでください										
			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	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (入院日 / 入院外日)												
医療を受けた機関の 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													
支払希望機関	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条の規定により、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。

平成 年 月 日

申請者

