

区分: 医科 歯科 調剤 装具 介護 その他 令和 年 月 日

一般 疾病 医療費 支給申請書  
一部負担金相当額

広島県知事 様 (被爆者支援課)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の規程により、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。なお、この申請について必要があるときは、被爆者の医療費や高額療養費等の情報について、医療機関、保険者及び公費負担実施主体等に調査することに同意します。

※太枠内をご記入ください。

ふりがな				性別	男					
氏名 (被爆者)					女					
生年月日	大正 昭和 年 月 日									
居住地 (手帳記載)	(〒 ー ) 電話(ーーー)									
連絡先 (郵便物の宛先)	(〒 ー ) 電話(ーーー)									
※ 居住地と異なる場合は、ご記入ください。										
本人名義の 支払希望金融機関	銀行	本店(営業部)		普通口座番号(右詰めで記入)						
	金庫	支店								
ゆうちょ銀行の場合は、「記号 番号」をご記入ください(13ヶタ)。	農協	支所								
	組合	出張所								
ゆうちょ銀行 記号(5ヶタ) 記号(8ヶタ)										
ゆうちょ銀行	記号(5ヶタ)	記号(8ヶタ)								
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	昭和 年 月 日	公費負担番号	1	9	3	4	6	0		
併用できる医療保険等 の種類及び自己負担 割合	受給者番号									
	健保 国保 後期 その他	保険者番号								
	本人 被扶養者	被保険者証の 記号・番号								
自己負担割合(割)										

医療、介護サービスに 要した費用	円	医療、介護サービスに要した 費用のうち自己負担額	円
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	1 手帳申請中の医療費 2 手帳不提示 3 一般疾病医療機関以外での受診 4 現物給付の対象外(装具の作成等) 5 その他( )		
医療、介護サービスを 受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	医療、介護サービスを受けた 機関の名称及び所在地	別添のとおり (添付書類:診療報酬明細書、調剤報酬明細書、装具装着診断書、介護報酬明細書、その他)
負傷、疾病の名称又は 介護サービスの種類	別添のとおり (添付書類:診療報酬明細書、調剤報酬明細書、装具装着診断書、介護報酬明細書、その他)		
移送、看護等は期間・区分等			

<b>添付書類</b> <input type="checkbox"/> 領収証又は領収証明(原本) (装具の場合は原本証明済みのコピーで可能) <input type="checkbox"/> 診療内容書類(医療機関等から提供を受けて下さい) <input type="checkbox"/> 医科・歯科:診療報酬明細書(レセプト)の写し <input type="checkbox"/> 調剤:調剤報酬明細書(レセプト)の写し <input type="checkbox"/> 装具:意見書・装着証明書等 <input type="checkbox"/> 装具:領収書に明細がない場合見積書等 <input type="checkbox"/> 介護:介護給付費明細書(写し) <input type="checkbox"/> 鍼灸・柔整・マッサージ:療養費明細書等(主保険 提出済み分の写し、医師の同意書の写し) ※内容により、別途追加書類が必要な場合があります。	<b>※市町チェック欄</b> <input type="checkbox"/> 高額療養費(高額介護サービス費)支給の有無 有・無 (高額療養費が有の場合、診療月ごと診療機関ごとの明細を添付) <input type="checkbox"/> 主保険への償還払い確認(いざれかに○) 済・不要・別途申請 <input type="checkbox"/> 記載事項の確認(ふりがな、郵便番号、償還払いの理由の記入等) <input type="checkbox"/> 負担割合の記入 <input type="checkbox"/> 添付書類 受付印
---	---