

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。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)	(〒 -)	電話(- -)								
連絡先 (郵便物の宛先)	(〒 -)	電話(- -)								
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									
	農協 支所									
組合 出張所										
ゆうちょ銀行の場合は、「記号 番号」をご記入ください(13ケタ)。										
ゆうちょ銀行		記号(5ケタ)	記号(8ケタ)							
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	昭和 平成 令和 年 月 日	公費負担番号	1	9	3	4	6	0	1	4
併用できる医療保険等 の種類及び自己負担 割合	後期 介護 生保 その他		保険者番号							
	本人 被扶養者		被保険者証の							
	自己負担割合(割)		記号・番号							

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:領収証又は領収証明)
負傷、疾病の名称又は介護サービスの種類 移送、看護等は期間・区分等	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)		

【市町チェック欄】

※(写し)には、受付時に原本証明をお願いします(レセプトの写しは除く)。

- 高額療養費(高額介護サービス費)支給の有無 有・無
- 主保険への償還払い確認(次のいずれかに○) 済・不要・別途申請
- 後期高齢者医療制度(区分:介護の場合は介護保険)の番号・負担割合、ふりがな、償還払いの理由 の記入あり
- 生活保護受給者の場合は、生活保護受給証明書(原本)の添付あり

●区分:装具の添付書類

- 装着証明書(写し)※原本証明
又は弾性着衣等装着指示証明書
(写し)※原本証明
- 領収書(写し)※原本証明・本人名義
- 領収書に明細がない場合見積書、
書、請求書、内訳書等(写し)
※原本証明

●区分:医科・歯科・調剤の添付書類

- 診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の写し
- 領収証又は領収証明書(原本)※本人名義

●区分:介護の添付書類

- 介護給付費明細書の写し
- 領収証又は領収証明書(原本)※本人名義

●鍼灸マッサージ柔道整復の添付書類

- 療養費明細書の写し(主保険提出済分。
添付書類含む一式)
- 領収証又は領収証明書※本人名義

※内容により、別途追加書類が必要な場合があります。

受付印