

区分ごと、かつ、医療機関ごとに申請書(コピー可)を作成

提出日を記入

記載例

区分: 医科 歯科 調剤 装具 **介護** その他
該当の区分に○
一般疾病医療費支給申請書
一部負担金相当額

令和 年 月 日

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	ひろしま はなこ		性別	男
氏名 (被爆者)	広島 花子			女
生年月日	大正 昭和 19 年 3 月 3 日			
居住地 (手帳記載)	(〒 ■■■ - ■■■■) 電話 (082 - 345 - ■■■■) 〇〇市 △△町 1-2-3-401 手帳から転記			
連絡先 (郵便物の宛先)	被爆者氏名(ふりがな)と名義が同じ口座を記入 振込通知の送付先が居住地と異なる場合に記入 宛名が申請者名でない場合は、送付先氏名も記入 ※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	0	1 2 3 4 ■ 6
	農協 組合	支所 出張所	右詰め	
	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)。		記号(5ケタ) 記号(8ケタ)	
	ゆうちょ銀行		ゆうちょ銀行の口座は、こちらに記入(右詰め)	
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	昭和 平成 令和 7 年 8 月 9 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 本人 被扶養者 自己負担割合 (2 割)	受給者番号	5 6 7 8 ■ 1 0	
		保険者番号	3 4 5 ■ 7 8	
		被保険者証の 記号・番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	

委任状がある場合は余白に「委任状あり」と朱書きし、連絡先欄及び支払希望金融機関欄に斜線を引く

委任状あり

19346014
または
19346022

医療、介護サービスに 要した費用	申請する治療等当時(装具の場合は装着指示日)の負担割合を記入		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	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、領収証明)
負傷、疾病の名称又は介護サービスの種類 別	別添のとおり(添付書類:領収証、領収証明、診断書、介護報酬 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			

当てはまる理由に○

【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)

- 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
- 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。

介護以外:
後期高齢者医療制度の番号・負担割合を記入

介護保険を利用した場合:
介護保険の番号、負担割合
を記入

主保険への償還払い申請について

装具の作成、保険証等忘れの場合は、主保険(後期高齢者医療又介護保険)にも申請が必要です。