

一般疾病医療費  
一部負担金相当額支給申請書

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。

※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	明治 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( - - )	
※ 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	
	農協 組合	支所 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 年 月 日 令和	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	健保 国保 後期 その他 本人 被扶養者	保険者番号	
	自己負担割合 ( 割)	被保険者証の 記号・番号	
※保険証の写しを添付する場合は、保険者番号等の記載は不要			

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	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			

※市町チェック欄	受付印
<input type="checkbox"/> 高額療養費(高額介護サービス費)支給の有無(いずれかに○) <b>有・無・未確認(国保・後期以外)</b> (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(いずれかに○) <b>済・不要・別途申請(国保、後期以外)</b>	
<input type="checkbox"/> 領収証又は領収証明の添付(写しの場合は原本証明が必要)	
<input type="checkbox"/> 診療証拠書類の添付(診療報酬明細書, 装具装着証明書等)	
<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"/> 負担割合の記入又は保険証(写)の添付	
<input type="checkbox"/> 同意書(装具以外) <input type="checkbox"/> 償還払いの理由の記入の確認	