

原 一般疾病医療費支給申請書

広島県知事 様

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申請します。

(年 月分)

公費負担者番号	1	9	3	4	6	0			保険給付割合等	7割	8割	9割	10割		
公費受給者番号									併用できる医療 保険等の種類	健保 国保 国保退 (本人・家族・70才以上) 後期高齢 その他 ()					
申請者氏名 (被爆者)	(フリガナ)								後期 高齢	市町村番号					
										受給者番号					
生年月日	明	大	昭	年	月	日			発行期日	年	月	日			
住所・電話	〒								電話						
施 術 内 容 欄	発症又は負傷年月日 令和 年 月 日	発症又は負傷の原因及びその経過							請 求 区 分						
	初療年月日 令和 年 月 日	施 術 期 間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日						実日数 日	新 規 ・ 継 続 転 帰						
	傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ()							継続・治癒・中止・転医						
	初検料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用								円	往療距離 km					
	施 術 料	はり								円×	回=	円			
		きゅう								円×	回=	円			
		はり・きゅう併用								円×	回=	円			
		電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具								円×	回=	円			
	往療料	4 km まで							円×	回=	円				
	往療料	4 km 超							円×	回=	円				
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)								円×	回=	円				
	合 計								円						
	一部負担金(1割・2割・3割)								円						
申 請 額								円							
施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31													
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術したことを証明します。 令和 年 月 日								保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地					
	免許登録番号 _____ はり師 住 所 _____ 免許登録番号 _____ きゅう師 氏 名 _____ 電 話 _____														
支 払 機 関 欄	預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段			金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	口座名義 (漢字・カナ)			口座番号					郵便局						
同 意 記 録	同意医師の氏名			住 所			同意年月日			傷 病 名		要加療期間			
							令和 年 月 日								

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所 _____ 代理人 住所 _____
(被保険者) 氏名 _____ 氏名 _____

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。ただし、当該患者が記入することができない等やむを得ない場合には、施術管理者等が代理記入をし、当該患者から押印を受けてください。