

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	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								
	傷病名又は症状									継続・治癒・中止・転医								
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×		回=	円	往療距離 km											
		右上肢	円×		回=	円												
		左上肢	円×		回=	円												
		右下肢	円×		回=	円	摘 要											
		左下肢	円×		回=	円												
	温罨法 (加算)	円×		回=	円													
	温罨法・電気光線器具 (加算)	円×		回=	円													
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可	右上肢	円×			円												
		左上肢	円×			円												
		右下肢	円×			円												
		左下肢	円×			円												
往療料 4kmまで	円×		回=	円														
往療料 4km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 免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師								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								
									〒	住 所 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	同意医師の氏名				住 所				同意年月日									
									令和 年 月 日									
傷 病 名													要加療期間					

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 (上記住所欄と同じ) 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理由がある場合には、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下さい。