

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 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。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	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(- -)		
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
			受給者番号	
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		保険者番号	
	本人 被扶養者		被保険者証の 記号・番号	
	自己負担割合 (割)			

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			

添付書類 <input type="checkbox"/> 領収証又は領収証明(原本) (装具の場合は原本証合済みのコピーで可能) 診療内容書類(医療機関等から提供を受けて下さい) <input type="checkbox"/> 医科・歯科:診療報酬明細書(レセプト)の写し <input type="checkbox"/> 調剤:調剤報酬明細書(レセプト)の写し <input type="checkbox"/> 装具:意見書・装着証明書等 <input type="checkbox"/> 装具:領収書に明細がない場合見積書等 <input type="checkbox"/> 介護:介護給付費明細書(写し) <input type="checkbox"/> 鍼灸・柔整・マッサージ:療養費明細書等(主保険 提出の写し) ※内容により、別途追加書類が必要な場合があります。	※市町チェック欄 <input type="checkbox"/> 高額療養費(高額介護サービス費)支給の有無 有・無 (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○) 済・不要・別途申請 <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 <input type="checkbox"/> 添付書類 受付印
---	---