

一般疾病医療費支給申請書

ふりがな		性	男	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	
氏名		別	女						
居住地	(〒)								
負傷又は疾病の名称				医療に要した費用		円			
併用できる医療保険等の種類	健保(本人・被扶養者)		医療に要した費用のうち自己負担額			円			
被爆者健康手帳交付年月日及び番号	昭和	年	月	日	公費負担者番号	1914601-8			
	平成				公費負担医療の受給者番号				
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									
医療を受けた期間	平成	年	月	日から平成	年	月	日まで(入院日) 入院外日)	
医療を受けた機関の名称及び所在地									
看護・移送等にあつては、その期間・区間等									
支払希望機関	銀行							支店	
	口座番号						普通	口座名義人(カナ)	

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、支給決定金額を算出するために、私の高額療養費等の保険給付に関して、貴県が関係機関に調査、照会することについて同意します。

平成 年 月 日

申請者

Ⓜ

電話 ()

神奈川県知事

殿

(注)この申請書には次の書類を添付すること。

1. 当該医療に要した費用の額を証する書類。
2. 当該医療の内容を記載した書類。
3. 公的医療保険の被保険者証等のコピー
 (※介護の場合は、介護保険の被保険者証)

一般疾病医療費支給申請書

記載例

ふりがな	かながわ たろう	性	男	生年月日	明治 大正 ●●年 ●月 ●日 昭和
氏名	神奈川 太郎	別	女		
居住地	(231-●●●●●) 神奈川県●●●●● ●●●●● 1-1				
負傷又は疾病の名称	白内障	医療に要した費用	6,000 円		
併用できる医療保険等の種類	健保(本人・被扶養者) 国保 その他()	医療に要した費用のうち自己負担額	600 円		
被爆者健康手帳交付年月日及び番号	昭和 ●●年 1月 1日 平成	公費負担者番号	1914601-8		
		公費負担医療の受給者番号	0●●●●●●●		
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	(例)・指定された医療機関以外で受診したため。 ・現物給付の対象ではない(治療用装具、柔道整復・マッサージはりきゅう)ため。				
医療を受けた期間	平成27年1月1日から平成27年1月2日まで				{ 入院 日 } { 入院外 2 日 }
医療を受けた機関の名称及び所在地	●●病院 横浜市 ●●区 ●●●●● 1-1				
看護・移送等にあつては、その期間・区間等	【注意】 口座番号が6桁の場合は、頭に0を記入してください。		【注意】 申請者と口座名義人は同一である必要があります。		
支払希望機関	●● 銀行 ●●●●● 支店				
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6 普通	口座名義人(カナ)	カナガワ タロウ	

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、支給決定金額を算出するために、私の高額療養費等の保険給付に関して、貴県が関係機関に調査、照会することについて同意します。

平成 27 年 ● 月 ● 日

申請者 神奈川 太郎 印
 電話 (045) 123 - 4567

神奈川県知事 殿

- (注)この申請書には次の書類を添付すること。
1. 当該医療に要した費用の額を証する書類。
 2. 当該医療の内容を記載した書類。
 3. 公的医療保険の被保険者証等のコピー
 (※介護の場合は、介護保険の被保険者証)