

一般疾病医療費支給申請書

ふりがな 氏名		居住地				
性別	男・女	生年月日	明大和 年 月 日	電話番号	()	
公費負担者番号		1914601-8				
公費負担医療の受給者				医療を受けた機関の名称および所在地	名称 所在地	
交付年月日	年 月 日		X			
負担又は疾病の名称				医療費受領者の取引金融機関名および口座番号	銀行 支店 口座名義 (カタカナ)	
医療を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
請求金額	円					
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申請します。 平成 年 月 日 神奈川県知事殿 申請者 印						
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律一般疾病医療費請求及施術明細書 (平成 年 月分)						
施 術 の 内 容	施術の種類	回数	一回所定金額	金額	保険等併用 健保 (本人・被扶養者) 国保 その他 ()	
	初検料	回	円	円		
	加算料					
	往療料					
	整復固定 施術料	1)				
		2)				
		3)				
		4)				
	後療料	1)				
		2)				
3)						
4)						
温電法	1)					
	2)					
	3)					
	4)					
合計						
合計額		保険者負担額		14条の2負担額(請求額)		
請求額	円		円		円	

上記の金額を請求いたします。

平成 年 月 日

療養費の受領方を

に委任します。

施術師 氏名

印

委任状

私の受ける療養費の受領方を 施術師 に委任いたします。
また、再委任についても同意します。

平成 年 月 日

被爆者 氏名

印