

被爆者のこどもの医療費支給申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者 居住地

氏名

電話番号 () -

次のとおり、原子爆弾被爆者のこどもの医療費の支給を申請します。

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。

		被爆者のこども健康診断 受診証番号													
氏 名															
生 年 月 日		昭和・平成 年 月 日 (才)							性別		男・女				
居 住 地															
保 険 区 分		保 険 種 別		組合 (本人・被扶養者) ・国保・その他 ()											
		被 保 険 者 証 番 号													
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名													
		所 在 地													
他の公費負担制度との併用		有 (制度の名称) ・ 無													
付 加 給 付 の 有 無		有 (給付金額 円) ・ 無													
被爆者のこどもの医療費支給対象となる障害を伴う疾病		障 害 名		1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害 5 脳血管障害 6 循環器機能障害					7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害 (該当する障害名に○をしてください。)						
		疾 病 名													
医 療 機 関		名 称													
		所 在 地													
振 込 口 座		金融機関名称		支 店		口座種別		口座番号					口座名義人 (カタカナ)		
						普通・当座									

添付書類 被爆者のこどもの医療費証明書 (様式第2号)
公的医療保険の被保険者証 (コピー)