

被爆者のこどもの医療費支給申請書

神奈川県知事 殿

申請者 居住地

氏名

印

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											
ふりがな氏名													
生年月日	昭和・平成 年 月 日					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等のコピー