

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	明大昭	年	月	日	電話番号	()	
公費負担者番号		1914601-8				医療を受けた 機関の名称 および所在地	名称		
公費負担医療の受給者							所在地 〒		
交付年月日		年 月 日				医療費受領者 の取引金融機 関名および 口座番号	銀行 金庫 支店		
負傷又は疾病の名称							当座・普通 口座番号		
医療を受けた期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで					口座名義 (カタカナ)		
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。 令和 年 月 日 神奈川県知事殿 申請者 _____									
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び施術明細書 (令和 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				
	初検料	円	円	円	健保 (本人・被扶養者)				
	加算料								
	往療料								
	整復固定 施術料	1)				国保			
		2)				その他 ()			
		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。

療養費の受領方を

に委任します。

令和 年 月 日

施術師氏名 _____

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。

令和 年 月 日

被爆者氏名 _____

一般疾病医療費支給申請書

ふりがな 氏名	かながわ たろう 神奈川 太郎		居住地	〒231-8588 横浜市中区日本大通 1	
性別	男・女	生年月日	明大昭 年 月 日	電話番号	045 (210) 1111
公費負担者番号	1914601-8		医療を受けた 機関の名称 および所在地	名称 〇〇鍼灸接骨院	
公費負担医療の受給者	0	1		2	3
交付年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日		医療費受領者 の取引金融機 関名および 口座番号	所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇区〇〇町〇番地	
負傷又は疾病の名称	△△△△			××× <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 支店 金庫 <input type="checkbox"/>	
医療を受けた期間	令和 ◆◆年 ◇◇月 ◇◇日 から 令和 ◆◆年 ◇◇月 ◇◇日 まで		当座・普通 <input type="checkbox"/> 口座番号 △△△△△△		
請求金額	〇〇● 円		口座名義 (カタカナ) <u>ヨコハマ ハナコ</u>		

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。

令和 ▽▽年 ▼▼月 ▼▼日

神奈川県知事殿

申請者

神奈川 太郎

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び施術明細書（令和 ◆◆年 ◇◇月分）

施術内容	施術の種類	回数	一回所定金額	金額	保険等併用
		初検料	円	円	
	加算料				国保 その他 ()
	往療料				
の	整復固定 施術料	1)			
		2)			
		3)			
		4)			
内	後療料	1)			
		2)			
		3)			
		4)			
容	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	〇〇● 円	

上記の金額を請求いたします。

療養費の受領方を

〇〇鍼灸接骨院
横浜 花子

に委任します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

施術師氏名

川崎 浜子

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。

令和 ▽▽年 ▼▼月 ▼▼日

被爆者氏名

神奈川 太郎