

一般疾病医療費支給申請書

フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日								
居住地	〒		電話番号 ()								
負傷又は疾病の名称			医療に要した費用	円							
併用できる 医療保険の種類	健保・国保（一般・退職者） 後期高齢者・その他（ ）		医療に要した 費用のうち 自己負担分	(負担割合 割) 円							
	本人・被扶養者		支給決定額（記入 しないで下さい）	(県記入欄) 円							
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	年 月 日		公費負担者番号	1	9	1	9	6	0	1	3
			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 とが出来なかった理由											
医療を受けた期間	年 月 日～		年 月 日まで		入院 日 入院外 日						
医療を受けた機関	名称及び所在地										
	訪問看護ステーション 等の名称及び所在地										
移送等にあつてはその区間等											
支払希望機関	金融機関名 及び 本支店名			預金種別・口座番号							
	銀行 農協 信用金庫 信用組合			(当座・普通) No. _____							
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>山梨県知事 殿</p>											

備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定老人訪問看護事業者であるときのみ記入すること。