

令和 年 月 日

福井県知事 杉本 達治 様

(開設者)

住 所

氏 名

印

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による被爆者一般疾病医療機関として、下記のとおり指定を受けたく申請します。

記

医療機関 (病院・診療所・薬局 訪問看護ステーション)	名称	
	所在地	
管理者	住所	
	氏名	
標ぼうしている診療科 (病院・診療所の場合)		
健康保険法による医療機関指定の有無※		有・無
国民健康保険法による医療機関指定の有無※		有・無
新規開設の医療機関にあつては※の指定(予定)日		年 月 日

## 同意書

被爆者一般疾病医療機関の指定を受けたうえは、次の事項により原子爆弾被爆者の医療を行うことに同意します。

- 1 被爆者の提出する被爆者健康手帳によって被爆者であることを確認し、かつ当該負傷または疾病が原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による一般疾病医療費の支給の対象となるものであることを確認する。
- 2 被爆者健康手帳を提示して医療を受けた被爆者にかかる医療費請求は、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第27条の規定により行う。
- 3 医療にあたっては、親切丁寧に行う。

令和 年 月 日

福井県知事 杉本 達治 殿

(所在地)

(名称)

(開設者) 住所

氏名

⑩