

一般疾病医療費支給申請書

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	
居住地	(〒 -) (電話番号 - -)					
負傷又は疾病の名			医療に要した費用		円	
併用できる 医療保険等 の種類	健保・国保 (一般・退職者)		医療費用意他費用のうち 自己負担分		(負担割合 割)	
	介護・その他 () 本人・被扶養者					
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	昭和 平成 令和 年 月 日	公費負担者番号				-
		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 ができなかった理由						
医療を受けた期間	令和 年 月 日から		〔 入院 日 〕 〔 入院外 日 〕			
	令和 年 月 日まで					
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						
支払希望金融機関	金融機関名			預金種別・口座番号		
	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店		普通 当座	- - - - -	

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。

令和 年 月 日

印
申請者 _____

福井県知事 杉本 達治 様

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または指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。