

一般疾病医療費支給申請書

(ふりがな)		性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日			
被爆者氏名											
居住地	(〒 -)										
	電話 - -										
負傷又は疾病の名称				医療に要した費用					円		
併用できる 医療保険等の種類	健保・国保 後期・他()	医療に要した費用 のうち自己負担額分							円		
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	本人・被扶養者	昭和・平成・令和 年 月 日	公費負担者番号	1	9	1	1	6	0	1	1
			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	年 月 日から			年 月 日まで			入院日				
							入院外日				
医療を受けた機関 の名称及び所在地	(被爆者一般疾病医療機関・その他)										
看護、移送等にあつて は、その期間、区間等											
支給希望金融機関 (申請者名義の口座)	銀行 信用金庫 農協	普通 支店 当座	口座番号								
<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。なお、私及び私の世帯に関する上記の記載内容、またこの申請にかかる添付 書類に関して、埼玉県が直接市町村及び事業者等へ調査、照会し、市町村等が埼玉県に当該情報を提供する ことについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p>											

(注) 添付書類 領収書(原本)及び保険診療分を確認できる書類(診療報酬明細書(写し)、原爆療養証明書(様式第16号)等)、
口座のわかる通帳又はキャッシュカードの写し(各種手当受給口座と同一口座を希望する場合は添付不要)