

区分: 医科 歯科 調剤 装具 介護 その他

令和 年 月 日

一般疾病医療費
一部負担金相当額支給申請書

広島県知事 様 (被爆者支援課)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の規程により、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、この申請について必要があるときは、被爆者の医療費や高額療養費等の情報について、医療機関、保険者及び公費負担実施主体等に調査することに同意します。

※太枠内をご記入ください。

ふりがな											性別		男 女							
氏名 (被爆者)																				
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日																			
居住地 (手帳記載)	(〒 -)										電話(- -)									
連絡先 (郵便物の宛先)	(〒 -)										電話(- -)									
本人名義の 支払希望金融機関	銀行 本店(営業部) 金庫 支店 農協 支所 組合 出張所										普通口座番号(右詰めで記入)									
	ゆうちょ銀行の場合は、「記号 番号」をご記入ください(13ケタ)。																			
	ゆうちょ銀行										記号(5ケタ)				記号(8ケタ)					
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										公費負担番号		1	9	3	4	6	0	1	4
											受給者番号									
併用できる医療保険等 の種類及び自己負担 割合	健保 国保 後期 その他										保険者番号									
	本人 被扶養者										被保険者証の 記号・番号									

医療、介護サービスに 要した費用	円										医療、介護サービスに要した 費用のうち自己負担額	円								
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	1 手帳申請中の医療費 3 一般疾病医療機関以外での受診 5 その他()										2 手帳不提示 4 現物給付の対象外(装具の作成等)									
医療、介護サービスを 受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										医療、介護サービスを受けた 機関の名称及び所在地				別添のとおり (添付書類:領収証又は領収証明)					
負傷、疾病の名称又は 介護サービスの種類	別添のとおり (添付書類:診療報酬明細書, 調剤報酬明細書, 装具装着診断書, 介護報酬明細書, その他)																			
移送, 看護等は期間・区分等																				

添付書類

- ☐ 領収証又は領収証明(原本)
(装具の場合は原本証明済みのコピーで可能)
診療内容書類(医療機関等から提供を受けて下さい)
☐ 医科・歯科:診療報酬明細書(レセプト)の写し
☐ 調剤:調剤報酬明細書(レセプト)の写し
☐ 装具:意見書・装着証明書等
☐ 装具:領収書に明細がない場合見積書等
☐ 介護:介護給付費明細書(写し)
☐ 鍼灸・柔整・マッサージ:療養費明細書等(主保険
提出の写し)

※内容により、別途追加書類が必要な場合があります。

※市町チェック欄

- ☐ 高額療養費(高額介護サービス費)支給の有無 有 ・ 無
(高額療養費が有の場合、診療月ごと診療機関ごとの明細を添付)
☐ 主保険への償還払い確認(いずれかに○) 済・不要・別途申請
☐ 記載事項の確認(ふりがな、郵便番号、償還払いの理由の記入等)
☐ 負担割合の記入 ☐ 添付書類

受付印