

一般疾病医療費支給申請書					
(ふりがな) 氏名		性別		生年 月日	
居住地	郵便番号		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 療保険等の種 類	健 保 ・ 国 保 (一般退職者) その他( ) 本人・被扶養者	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	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 日から令和 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	(被爆者一般疾病医療機関・その他)			
	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	(振込・送金) [ ]				

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

申請者氏名

大分県知事 殿

添付書類

1. 当該医療に関する医師の領収書
2. 医療報酬明細書の写し
3. 補装具の場合は、医証ならびに見積請求書の写し、保険者の支給決定を証する書類
4. 健保（本人・被扶養者）は保険者の支給決定を証する書類