

一般疾病医療費支給申請書

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日生					
居住地	〒 (電話番号 - -)												
負傷又は疾病の名称	医療に要した費用 (総医療費)		円										
	医療に要した費用 のうち自己負担額		円										
	この欄は記入しないでください												
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	決 定 額										
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		1	9	1	2	6	0	1	0
				公費負担医療 の受給者番号 (手帳番号)									
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 あっては、その 期間、区間等													
支払希望機関	銀行		本店 支店	預金 種別	普通 当座	口座 番号							

原子爆弾被爆者に対する支援に関する法律第18条に規定により、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。

この申請に関して、必要に応じて千葉県が健康保険組合等に対して照会すること、及び千葉県が健康保険組合等から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

令和 年 月 日

申請者

千葉県知事 様