

一般疾病医療費支給申請書

ふりがな 氏名		性別	生年月日	明治 大正 昭和				年 月 日生				
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	昭和 平成				年 月 日				公費負担者番号			
									1 9 1 3 6 0 1 9			
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	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	銀行 信用金庫 信用組合 農協				口座番号				店 [] 郵便局			
<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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>東京都知事 殿</p>												

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又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。