

様式第八号(第二十六条関係)

一般疾病医療費支給申請書

フリガナ 氏名			性別	男 ・ 女	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日	
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 (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					
被曝者健康手 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					
					公費負担医療の 受給者番号					
被曝者一般疾 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									
	所 在 地		〒 _____							
	※訪問看護ス テーション等	名 称								
所 在 地		〒 _____								
移送等にあつては、その区間等										
支払希望機関	金融機関名・支店名		種別	口座番号				口座名義(カタカナ)		
			銀行	普通						
		支店	当座							

原子爆弾被曝者に対する救護に関する法律第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。

_____年 _____月 _____日

申請者氏名 _____ 印

三重県知事 あて

※ 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
護事業者であるときのみ記入すること。

添付書類一覧表

	区 分		添 付 書 類
指定医療機関等 以外での受診	医 科	入 院	領収書(原本)
		入 院 外	
	歯 科		診療(調剤)報酬明細書
	調 剤		
	訪問看護ステーション		領収書、訪問看護療養費明細書
現物給付の対象とはならないもの	看 護		保険者の支給決定通知書 原爆医療単独で支給される者にあつては看護承認申請書 (様式は任意) 領収書(内訳を記載又は添付したもの)
	治 療 用 装 具		医師の診断書及び装着証明書 領収書 保険者の支給決定通知書
	柔 道 整 復		施術明細書 領収書
	あん摩・マッサージ・指圧・ はり・きゅう		医師の同意書及び保険者の支給決定通知書 領収書 施術明細書
	移	送	移送を必要とする旨の医師の証明書及び保険者の支給決定通知書(移送方法、領収書内訳等を記載又は添付)
生	血 代	医師の証明書及び保険者の支給決定通知書 領収書	