

一般疾病医療費支給申請書

氏名		性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	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 令和	公費負担者番号		1	9	3	8	6	0	1	0
		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 出来なかった理由											
医療を受けた期間	年 月 日から			年 月 日まで							
	入院			入院外							
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

愛媛県知事

様

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老人訪問看護事業者であるときのみ記入すること。