

一般疾病医療費支給申請書

氏名	松山 花子	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	明治 大正 昭和	5 年 1 月 1 日
居住地	郵便番号 790-8570 松山市一番町4丁目4-2		電話番号 (912) 2404			
負傷又は 疾病の名称	背部捻挫	医療に 要した費用	10,275円			
併用できる 医療保険等の種類	健保・ <input checked="" type="checkbox"/> 国保 (一般・退職者) その他(後期高齢) 本人・被扶養者	医療に要した 費用のうち 自己負担分	1,028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
		公費負担医療 の受給者番号	6	0	1	0
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	柔道整復 又は はり・きゅう					
医療を受けた期間	令和元年 5月 3日から 令和元年 5月 23日まで 入院 日 入院外 3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)	〇〇整骨院 松山市〇〇〇〇〇				
	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	(<u>振込</u> ・送金) 〇〇銀行 〇〇支店 普通 〇〇〇〇〇〇 名義〇〇〇					

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 〇〇整骨院 院長〇〇〇〇

愛媛県知事 中村時広 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。

一般疾病医療費支給申請書

氏名	松山 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	昭和 15 年 1 月 1 日					
居住地	郵便番号 790-8570 松山市一番町 4 丁目 4-2		電話番号 (912) 2404							
負傷又は 疾病の名称	変形性腰椎症	医療に 要した費用	(治療用装具代金) 50,000円							
併用できる 医療保険等の種類	健保・ <input checked="" type="radio"/> 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	(治療用装具代金-保 険者振込金) 15,000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	治療用装具									
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	<input checked="" type="radio"/> 振込・送金 ○○銀行 ○○支店 普通○○○○○○口座名義マツヤマハナコ									

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 松山 花子

愛媛県知事 中村時広 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。