**一般疾病医療費支給申請書**

様式第八号（第二十六条関係）

㊾

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治大正　　年　　月　　日昭和 |
| 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・退職・生保介護・その他(　　　　)本 人・家 族 | 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 | 年　　月　　日 | 公費負担者番号 | 1 | 9 | 2 | 7 | 6 | 0 | 1 | 3 |
| 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できなかった理由 | １一般疾病医療機関以外での受診　　　　２手帳不提示　３現物給付の対象外（装具の作成等）（はり、灸、マッサージ、など）４その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療を受けた期間 | 入　院　 　日　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　入院外 　　日 |
| 医療を受けた機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 移送等にあっては、その区間等 | （フリガナ）　 |
| 支払希望機関 | 銀　　行信用金庫 | 支店 | 普通預金口座番号 | 口座名義 |

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。

　　　年　　　月　　　日

申請者　　　　　　　　　　　　　　　　印

大阪府知事　様　　　　　　　　　（被爆者が自署または記名押印すること）