様式第１５号

一般疾病医療費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | | 性別 | 男  ・  女 | 生年月日 | | 明治  大正 　　年　　　月　　　日  昭和 | | | | | | | |
| 被 爆 者 氏 名 |  | |
| 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  後　 期 ・他（　 ）  被保険者証番号  ［　　　　　　　　　　　　］ | 医療に要した費用  のうち自己負担額分 | | | | 円 | | | | | | | | |
| 本　人　・　被　扶　養　者 |
| 被爆者健康手帳の  交付年月日及び番号 | 昭和　・　平成　・　令和    　　　　　年　　　月　　　日 | 公費負担者番号 | | | | １ | | ９ | １ | １ | ６ | ０ | １ | １ |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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  の名称及び所在地 | （ 被爆者一般疾病医療機関 ・ その他 ） | | | | | | | | | | | | | |
| 看護、移送等にあって  は、その期間、区間等 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 支給希望金融機関  （申請者名義の口座） | 銀　　行 普通  　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　支店 　口座番号  　農　　協 当座 | | | | | | | | | | | | | |
| 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。なお、私及び私の世帯に関する上記の記載内容、またこの申請にかかる添付  　　 書類に関して、埼玉県が直接市町村及び事業者等へ調査、照会し、市町村等が埼玉県に当該情報を提供する  ことについて同意します。  　　　　 　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　 　 　　申　請　者  　　（宛先）  　　　埼　玉　県　知　事 | | | | | | | | | | | | | | |

（注）添付書類　領収書（原本）及び保険診療分を確認できる書類（診療報酬明細書（写し）、原爆療養証明書（様式第１６号）等）

口座のわかる通帳又はキャッシュカードの写し（各種手当受給口座と同一口座を希望する場合は添付不要）