様式第１５号

一般疾病医療費支給申請書

（ふりがな） 被　爆　者　氏　名		性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
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 ［　　］ 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	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 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 信用金庫 農　協 普通 支店　　口座番号 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）