

申請者 氏名・性別	フリガナ	男	振込希望 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫		
		女		支店名・種別	支店 普通 当座		
生年月日	明・大・昭	年 月 日 生	被 保 険 者 証	口座名義 (カタカナ記入)			
居住地	〒			口座番号			
公費負担者番号	1 9 1 1 6 0 1 1		発行機関名称				
公費受給者番号			記号・番号				
交付年月日	昭・平・令	年 月 日	保険証種別	組合・政管・国保・共済・船保 退職・日雇・後期・生保			
(宛先) 埼玉県知事 年 月 日							
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。 申請者							
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 一般疾病医療費請求及び施術明細書 (年 月分)							
負傷または疾病の名称	負傷の年月日	医療を受けた期間		転帰			
(1)	年 月 日	年 月 日～ 年 月 日		治癒・中止・転医・継続			
(2)	年 月 日	年 月 日～ 年 月 日		治癒・中止・転医・継続			
(3)	年 月 日	年 月 日～ 年 月 日		治癒・中止・転医・継続			
(4)	年 月 日	年 月 日～ 年 月 日		治癒・中止・転医・継続			
負傷の原因		摘要(施術日)					
		初検料	円	加算料	円 計		
		再検料	円	往療料	円 円		
施 術 の 内 容	整復料・固定料・施療料	(1)	(2)	(3)	(4)	計 円	
	施術の種類	回数	一回所定金額	金額	多部位		
	後療料	(1)	回	円	円	%	計
		(2)	回	円	円		
		(3)	回	円	円		
		(4)	回	円	円		円
	冷罨法料	(1)	回	円	円		計
		(2)	回	円	円		
		(3)	回	円	円		
		(4)	回	円	円		円
	温罨法料	(1)	回	円	円		計
		(2)	回	円	円		
		(3)	回	円	円		
		(4)	回	円	円		円
	電療料	(1)	回	円	円		計
(2)		回	円	円			
(3)		回	円	円			
(4)		回	円	円		円	
請 求	医療費 合計額	医療保険給付割合	保険者 負担額	法第18条負担額 (請求金額)			
		7・8・9 割 円 後(1・2・3 割)		円	円		
上記のとおり施術したことを証明します。 年 月 日			委任状				
施術所 所在地 〒 名称			私の受ける療養費の受領方を左記柔道整復師に委任します。 年 月 日				
登録記号番号			住所 〒				
柔道整復師氏名			被爆者の氏名 (自署)				