

記載例(装具)

提出日を記入

区分: 医科 歯科 調剤 **装具** 介護 その他

令和 年 月 日

該当の区分に○

一般疾病医療費 支給申請書
一部負担金相当額

広島県知事 様 (被爆者支援課)

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、この申請について必要があるときは、被爆者の医療費や高額療養費等の情報について、医療機関、保険者及び公費負担実施主体等に調査することに同意します。

※太枠内をご記入ください。

ふりがな	ひろしま いちろう		性別	男
氏名 (被爆者)	広島 一郎		性別	女
生年月日	大正 昭和 19 年 5 月 5 日			
居住地 (手帳記載)	(〒■■■-■■■) 電話(082-345-■■■) 〇〇市 △△町 1-2-3-401			
連絡先 (郵便物の宛先)	被爆者氏名(ふりがな)と名義が同じ口座を記入 振込通知の送付先が居住地と異なる場合に記入 宛名が申請者名でない場合は、送付先氏名も記入			
本人名義の 支払希望金融機関	銀行	本店(営業部)	普通口座番号(右詰めで記入)	
	金庫	支店	0 1 2 3 4 ■ 6	
	農協	支所	右詰め	
	組合	出張所	ゆうちょ銀行の場合は、「記号 番号」をご記入ください(13ケタ)。	
	ゆうちょ銀行	記号(5ケタ)	記号(8ケタ)	ゆうちょ銀行の口座は、こちらに記入(右詰め)
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	昭和 平成 令和 7 年 8 月 9 日	公費負担番号	1 9 3 4 6 0 1 4	
併用できる医療保険等 の種類及び自己負担 割合	後期 介護 生保 その他 本人 被扶養者 自己負担割合(2割)	受給者番号	5 6 7 8 ■ 1 0	
		保険者番号	3 4 5 ■ 7 8	
		被保険者証の 記号・番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	

委任状がある場合は余白に「委任状あり」と朱書きし、連絡先欄及び支払希望金融機関欄に斜線を引く

委任状あり

19346014
または
19346022

医療、介護サービスに 要した費用	申請する治療等当時(装具の場合は装着指示日)の負担割合を記入		円
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 手帳申請中の医療費 2 手帳不提示 3 一般疾病医療機関以外での受診 4 現物給付の対象外(装具の作成等) 5 その他()		
医療、介護サービスを受けた期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	医療、介護サービスを受けた別添のとおり
負傷、疾病の名称又は介護サービスの種類	別添のとおり(添付書類:診療報酬明細書、調剤報酬明細書、装具装着診断書、介護報酬明細書(その他))		
移送、看護等は期間・区分等			

【市町チェック欄】 ※(写し)には、受付時に原本証明をお願いします(レセプトの写し)

高額療養費(高額介護サービス費)支給の有無 有・無

主保険への償還払い確認(次のいずれかに○) 済・不要・別途申請

後期高齢者医療制度(区分:介護の場合は介護保険)の番号・負担割合、ふりがな、償還払いの理由

生活保護受給者の場合は、生活保護受給証明書(原本)の添付あり

●区分:装具の添付書類

装着証明書(写し)※原本証明
又は弾性着衣等装着指示証明書(写し)※原本証明

領収書(写し)※原本証明・本人名義

領収書に明細がない場合見積書、書、請求書、内訳書等(写し)※原本証明

●区分:医科・歯科・調剤の添付書類

診療(調剤)報酬明細書(レセプト)の写し

領収証又は領収証明書(原本)※本人名義

●区分:介護の添付書類

介護給付費明細書の写し

領収証又は領収証明書(原本)※本人名義

●鍼灸マッサージ柔道整復の添付書類

療養費明細書の写し(主保険提出済分。添付書類含む一式)

領収証又は領収証明書※本人名義

※内容により、別途追加書類が必要な場合があります。

後期高齢者医療制度の番号・負担割合を記入

(生活保護受給者の方は、「生保」に○をして「10割」と記入)

主保険への償還払い申請について

装具の作成、保険証等忘れの場合は、主保険(後期高齢者医療又介護保険)にも申請が必要です。