様式第八号（第二十六条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般疾病医療費支給申請書   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ふ　 り 　が 　な  氏　　　　　名 |  | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 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 | 国　保 | 一般・退職者  退　職　者　家　族 | | 健　保  共　済 | 本　人　・　家　族 | 医療に要した費用の  うち自己負担分  （ 請 求 金 額 ） | | | 円 | | | | | | | | | 後　 期 　高 　齢 　者 | | | 併用できる  医療保険等の  被保険者番号 |  | | | 被爆者健康手帳の  交付年月日 | 年　　　月　　　日 | | 公費負担者番号 | | | 1 | 9 | 3 | 3 | 6 | 0 | 1 | 5 | | 公費負担医療  の受給者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | 医療費を自己負担することになった理由 | ・現物給付の対象でない医療であるため  ・一般疾病医療機関として指定されていないため  ・被爆者健康手帳の交付を受ける以前の医療であるため  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | 医療を受けた期間 | 入　院　　　　　日  　　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入院外　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | 医療を受けた機関  の名称及び所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | 移送等にあっては  その区間等 |  | | | | | | | | | | | | | | 支払希望機関 | 当座  銀行　　　　　　支店　　　　口座番号  普通 | | | | | | | | | | | | |   　　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。  　　　年　　　月　　　日  申請者  **岡　山　県　知　事　殿** |