

様式第七号(第二十二条関係)

医療費支給申請書						
氏名		性別		生年月日		
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			
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	令和 年 月 日	公費負担者番号				
		公費負担医療の 受給者番号				
当該負傷又は疾病に ついての法第11条の 認定の有無、認定年 月日及び認定番号	有・無 令和 年 月 日	公費負担者番号				
		公費負担医療の 受給者番号				
医療の給付を受ける ことができなかった 理由						
医療を受けた期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 〔入院 日〕 〔入院外 日〕					
医療を受けた機関	名称及び所在地		(指定医療機関・その他)			
	訪問看護ステーション 等の名称及び所在地					
移送等にあつては、その区間等						
支払希望機関	(振込・送金)					

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第17条の規定により、医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 氏 名

都道府県知事 殿

備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。

(A列4番)