　様式第八号（第二十六条関係）

**一般疾病医療費支給申請書**

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

　　　　　　　　　　円

医療に要した費用のうち自己負担額分

使用できる医療保険等の種類

　健　保・国　保

　（一般退職者）

　その他（　　　）

　本人・被扶養者

公費負担番号

昭和

　　　年　　月　　日

平成

被爆者健康手帳の

交付年月日及び番号

　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

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入　院　　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入院外　　　　　　日

　　　　　　　　　　名称及び所在地

　　　　　　　　　　　　　（被爆者一般疾病医療機関・その他）

　　　　　　　　　　訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ等の

　　　　　　　　　　　　　　名称及び所在地

　移送等にあっては、その区間等

　支払希望機関　　金融機関名　　　　　　　　　　　　　　　支店

　　　　　　　　　　口座番号　　　　　　　　　　　（普通・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。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

　　　長野県知事　　　　　殿

　備考　訪問看護ステーション等の名称及び所在地にあっては、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定老人訪問看護事業者であるときのみ記入すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ列番）