

# 被爆者のこどもの医療費支給申請書

神奈川県知事 殿

申請者 居 住 地

氏 名

電話番号 ( ) -

次のとおり、原子爆弾被爆者のこどもの医療費の支給を申請します。  
なお、支給決定金額を算出するために、私の高額療養費等の保険給付に関して、貴県が関係機関に調査、照会することについて同意します。

		被爆者のこども健康診断 受診証番号											
ふりがな 氏名													
生年月日	昭和・平成						年	月	日	性別	男・女		
居住地													
保 険 区 分	保 険 種 別	総合(本人・被扶養者)・国保・その他( )											
	被保険者証番号												
	被保険者証 発行機関名												
	所在地												
ほかの公費負担制度との併用	有(制度の名称 ) ・ 無												
付加給付の有無	有(給付金額 円) ・ 無												
被爆者のこどもの 医療費支給対象と なる障害を伴う 疾病	障 害 名	1 造血機能障害					7 腎臓機能障害						
		2 肝臓機能障害					8 水晶体混濁による視機能障害						
	疾 病 名	3 細胞増殖機能障害					9 呼吸機能障害						
		4 内分泌腺機能障害					10 運動機能障害						
		5 脳血管障害					11 潰瘍による消化器機能障害						
		6 循環器機能障害					(該当する障害名に○をしてください。)						
医療機関	名 称												
	所在地												
振込口座	金融機関名称	支 店	口座種別	口座番号				口座名義人(カタカナ)					
			普通・当座										

添付書類・被爆者のこどもの医療費証明書(様式第2号)