

## 被爆者のこどもの医療費支給申請書

記載例

令和4年〇月〇日

神奈川県知事 殿

申請者 居住地 神奈川県〇〇市〇〇1-1  
氏名 神奈川 太郎  
電話番号 (045) 210-1111

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、貴局  
照会することについて同意します。

訂正は二重線を引いて  
ください(修正液等  
での訂正は不可)。

被爆者のこども健康診断 受診証番号		9	9	0	×	×	×	×		
氏名	かながわ たらう 神奈川 太郎									
生年月日	昭和 平成 33年10月 ×× 日 (64才)						性別	男・女		
居住地	神奈川県〇〇市〇〇1-1									
保険区分	保険種別	組合 (本人・被扶養者)・国保・その他 ( )								
	被保険者証番号	01 12345678								
	被保険者証 発行機関名	〇〇健康保険組合								
	所在地	神奈川県〇〇市××2-3								
他の公費負担制度との併用	(有) (制度の名称 高額療養費支給制度) ・ 無									
付加給付の有無	(有) (給付金額 30,000 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 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害 5 脳血管障害 6 循環器機能障害			7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害					
	疾病名	・白内障 ・肺がん								
医療機関	名称	〇〇病院 / ××薬局								
	所在地	横浜市××区〇〇1-2-3 / 横浜市△△区▲▲2-77								
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)		
	〇〇銀行	本店	普通・当座	0	1	2	3	4	5	6

添付書類 被爆者のこどもの医療費証明書(様式第2号)  
公的医療保険の被保険者証(コピー)

口座番号が6桁の場合、先頭に0を記入してください。  
なお、口座名義人は申請者である必要があります。