一部負担金相当額支給申請書

　　　　　　　　　円 ← この欄は記入しないでください

上記の金額の支給を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 9 | 2 | 8 | 6 | 0 | 1 | 2 |
| 0 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（原爆）公費負担者番号

　　　　受給者番号

（高齢）保険者番号

　　　　被保険者番号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | （メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　） |

兵　庫　県　知　事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 被爆者一般指定医療機関から医療をうけることができなかった理由 |  |
| 医療を受けた機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 医療を受けた期間 | 平成・令和　　年　　月　　日　～　　　　　　　　　　平成・令和　　年　　月　　日入院　　　　日　　　入院外　　　　日 |

希望する振込先（口座名義人は本人に限ります。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金　融　機　関　名 | 預金口座 | 口座番号 |
| 　　　　　銀　　行　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　農　協 | 本・支店　　 出 張 所 | 普　通当　座 |  |  |  |  |  |  |  |

※　ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、通帳の写しを添付ください。