

(第1号様式)

_____区役所地域ケア推進課 → 健康増進課

担当	係長	課長	担当	係長	課長
----	----	----	----	----	----

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費支給申請書

_____年_____月_____日

あて先

川 崎 市 長

申請者 住所_____

氏名_____

電話番号 _____ - _____ - _____

標記について支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、支給金額を算出するために、高額療養費等の保険給付に関して、貴市が関係機関に調査・照会することについて同意します。

被爆者の子ども健康診断受診証番号							
------------------	--	--	--	--	--	--	--

ふりがな		生年	大正
氏名		月 日	昭和
			平成
			年 月 日

保険区分	被保険者氏名		被保険者証の記号・番号	
	保険種別	協会 ・ 組合 ・ 日雇 ・ 船員 ・ 共済 ・ 国保		
	被保険者証発行機関名			

高額療養費	☐ あり	他の公費負担制度との併用	☐ あり（制度の名称：_____）
-------	-----------------------------	--------------	--

医療を受けた期間	_____年 _____月 ~ _____年 _____月
----------	-------------------------------

医療費・証明書料合計請求額	_____円	査定金額	_____円
---------------	--------	------	--------

_____銀行	口座番号(普通・当座)	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
_____支店	名義人(カタカナでお願いします。)[対象者名と異なる場合は委任状添付]																		
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		

※ 当該年度における申請書の提出期限は翌年度の4月末日です。(遅延理由書がある場合は、6月末日まで)

※ 神奈川県から発行された被爆者の子ども健康診断受診証(写し)を添付してください。

※ 証明書料を請求する場合、裏面にその金額を証する領収書・レシートを添付してください。

地域ケア推進課受付印	健康増進課受付印
------------	----------