

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費等証明書

年 月 日

医療機関 所在地

電話番号

名称

代表者

| | | | | |
|------------------|------|------------------------------|-------------|---|
| 患者氏名 | | | 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 3 細胞増殖機能障害 9 呼吸器機能障害 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) |
| 生年月日 | | | | |
| 住 所 | | | | |
| 保 険 区 分 | 種 別 | 協会 ・ 組合 ・ 日雇 船員 ・ 共済 ・ 国保 | 疾 病 名 | |
| | 給付割合 | 割 | | |

| 診療年月 | 診療実日数 | 保険診療総点数 | 社会保険等負担分 | 他法による公費負担分 | 自己負担額(請求額) |
|------|------------------|---------|----------|------------|------------|
| 年 月 | 入 院 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 入院外 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 合 計 | 点 | 点 | 円 | 円 |

| | | | | | |
|-----|------------------|---|---|---|---|
| 年 月 | 入 院 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 入院外 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 合 計 | 点 | 点 | 円 | 円 |

| | | | | | |
|-----|------------------|---|---|---|---|
| 年 月 | 入 院 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 入院外 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 合 計 | 点 | 点 | 円 | 円 |

| | | | | | |
|-----|------------------|---|---|---|---|
| 年 月 | 入 院 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 入院外 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 合 計 | 点 | 点 | 円 | 円 |

| | | | | | |
|-----|------------------|---|---|---|---|
| 年 月 | 入 院 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 入院外 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 合 計 | 点 | 点 | 円 | 円 |

| | | | | | |
|-----|------------------|---|---|---|---|
| 年 月 | 入 院 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 入院外 日 | 点 | 点 | 円 | 円 |
| | 合 計 | 点 | 点 | 円 | 円 |

| | |
|---------|------------------------------|
| 訪問看護療養費 | 年 月～ 年 月 入院外 日分 (患者負担額 円) |
|---------|------------------------------|

※薬局等で具体的な疾病名がわからない時は、疾病名を記載する欄に、処方箋を発行した医療機関の名称を記載してください。

(例: 処方箋発行元 ○○病院 または、○○医院の処方箋による 等)