

# 一部負担金相当額支給申請書

金額 \_\_\_\_\_ 円

上記の金額の支給を申請いたします。

この申請に関して、必要に応じて千葉県が健康保険組合等に対して照会すること、及び千葉県が健康保険組合等から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

年 月 日

1. 被爆者健康手帳

公費負担者番号	1	9	1	2	6	0	1	0
公費負担者医療の 受給者番号								

2. 後期高齢者医療被保険者証

保険者番号								
被保険者番号								

※被爆者一般疾病医療機関から医療を受けることが出来なかった理由

居住地 〒

(電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

氏 名

千葉県知事 様

領 収 書
一部負担金 _____ 円
内訳 ( _____ 月分 ) 初診または外来 _____ 円 入院 _____ 円 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで ) _____ 日間分 入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
上記の金額を領収いたしました。
年 月 日
医療機関の名称
所在地
氏 名
印

申請者名義 の振込口座	振込金	銀 行	本店	預金種別	普通・当座
	融 機 関	信用金庫		口座番号	NO.
	本(支)店名	信用組合	支店		