

高齢者医療の確保に関する法律による医療費一部負担金用

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受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

年 月 日

(原爆)	公費負担者番号						
	公費負担医療の 受給者番号						

(高齢者医療)	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
受けることができなかった理由 ()

被爆者 居住地
氏 名
電話番号 ()

なお、支払いは、下記の預金口座へ振り込みを希望します。

銀行 相互銀行 信用金庫	店	普通	口座番号	名義人(フリガナ)
		当座		

医療機関の名称

所在地

氏 名 (印)

和歌山県知事 様