

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します。

令和 年 月 日

(原爆)

公 費 負 担 番 号								
公 費 負 担 医 療 の 支 給 者 番 号								

(老人)

市 町 村 番 号								
受 給 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

居住地
氏 名 印

福井県知事 石田 嵩人 殿

領 収 書

一部負担金		円
外来	円 (月分)	
入院	円 { 年 月 日から 月 日 日分 入院日 年 月 日 }	
上記の金額を領収しました。		
		令和 年 月 日
医 療 機 関 の 名 称		
所 在 地		
氏 名 印		

備考 ※の欄は、被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関で受診した者のみ記入すること。

支払金融機関 銀行 支店 口座番号 普・当