県受付印　　市町受付印

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。

令和　　年　　月　　日

原爆	公費負担者番号	1	9	4	2	6	0	2	―	2
	公費負担者番号の受給者番号							―		

後期高齢	保険者番号	3	9	4	2	2	0	1	9
	被保険者番号								

※右づめで記入してください。

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

（　　）

郵便番号

居住地

ふりがな
氏名

生年月日　明・大・昭　　年　　月　　日生

電話番号

長崎県知事　様

	金融機関名	預金種別・口座番号
支払希望機関	銀行 農協 信用金庫 信用組合　　店	当 普