様式第八号を次のように改める。

様式第八号（第二十六条関係）

一般疾病医療費支給申請書

氏　　名		性別		生年月日	
居　住　地	郵便番号 電話番号　（　）				
負傷又は疾病の名称		医療に要した費用	円		
併用できる医療保険等の種類	健保・国保 （一般退職者） その他（　　） 本人・被扶養者	医療に要した費用のうち自己負担額分	円		
被爆者健康手帳の交付年月日及び番号	令和　年　月　日	公費負担者番号			
		公費負担医療の受給者番号			
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					
医療を受けた期間	令和　年　月　日から令和　年　月　日まで （入院　日 入院外　日）				
医療を受けた機関	名称及び所在地	（被爆者一般疾病医療機関・その他）			
	訪問看護ステーション等の名称及び所在地				
移送等にあっては、その区間等					
支払希望機関	（振込・送金）				

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の規定により、一般疾病医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和　年　月　日

申請者　氏　　名　㊞

都道府県知事　殿

備考　訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者（訪問看護）であるときのみ記入すること。

（日本工業規格A列4番）