様式第四号（一）及び様式第四号の二から様式第六号まで中「平成」を「令和」に改める。
様式第七号を次のように改める。

様式第七号（第二十二条関係）

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		
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			
当該負傷又は疾病についての法第11条の認定の有無、認定年月日及び認定番号	有・無 令和　年　月　日	公費負担者番号			
		公費負担医療の受給者番号			
医療の給付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	（指定医療機関・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17条の規定により、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）