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）公費負担番号	1	9	3	8	6	0	1	0
公費負担医療の受給者番号								

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

愛媛県知事　　様

領　収　書

一部負担金　　円

外来　　円（　　月分）

入院　　円（　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　　日分　入院日　　年　　月　　日）

上記の金額を領収いたしました。

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称

所在地

氏　名

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。

金融機関名		預金種目	口座番号
金融機関	支店（所）		
		㊐	