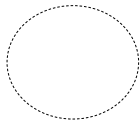
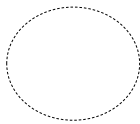


長崎県
受付印



市町村
受付印



被爆体験者精神医療費支給申請書兼
第二種健康診断特例区域医療費支給申請書

(ふりがな) 氏 名			大正		年 月 日生		男・女	
			昭和					
住 所	〒 県 市 郡 電話番号 () -							
第二種健康診断受診者証の番号								
第二種健康診断特例区域医療受給者証の公費負担者番号			8	6	4	2		
第二種健康診断特例区域医療受給者証の受給者番号			7	0				-
利用する医療保険等の種類	後期高齢、介護 その他 ()							
	本人 ・ 被扶養者							
治療等に要した費用 円		治療等に要した費用のうち自己負担分 円						
窓口負担を行った理由 (疾 患 名)	()							
治療等を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 〔 入 院 日 〕 〔 入院外 日 〕							
治療等を受けた委託医療機関又は 指定訪問看護ステーション等	名称 所在地〒 電話番号							
移送にあつては、その区間等								
支払希望金融機関	金 融 機 関 名				預金種別・口座番号			
	銀 行 農 協 信用金庫 信用組合 店				当座 普通			
上記のとおり第二種健康診断特例区域医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者 氏名 長崎県知事 様								

添付資料 (a) 治療等に要した費用のうち自己負担分として支払った額を証明する書類（領収書）
(b) 治療等の内容を具体的に記載した書類（当該治療等を行った医師が作成したもの・レセプト）
(c) 通帳の写し