

岐阜県知事 様

〒

医療機関 所在地

名 称

電 話

医療機関コード

開設者 住 所

氏 名

原爆被爆者一般疾病医療機関指定申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）（以下「法」という。）第19条の規定に基づき被爆者一般疾病医療機関の指定を受けたいので、次の事項に同意し、同法施行令第15条の規定により申請します。

記

- 1 被爆者に対する医療を行うに当たっては、その者の提出する被爆者健康手帳によって被爆者であることを確認し、また、当該負傷または疾病が法律第18条に規定する一般疾病医療費の支給の対象となるものであること。
- 2 被爆者健康手帳を提出して医療を受けた被爆者に係る医療費の請求は、法施行規則（平成7年厚生省令第33号）第27条の規定により行うこと。

標ぼうしている診療科目	
-------------	--

指定を受けようとする年月日	令和 年 月 日
---------------	----------