様式第12号(第17条関係)

原爆一般疾病医療費の支給等受診に係る届

年　　月　　日

　　都留市長　　　　様

住所

世帯主　氏名

個人番号

電話

　国民健康保険法施行規則(昭和33年厚生省令第53号)第5条の9に規定する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)の規定による医療等を受けていますので、次のとおり、関係書類(及び被保険者資格証明書)を添えて届出します。

|  |
| --- |
| ①　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による医療等を受けることができる被保険者 |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 | 個人番号 |  |
| ②　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による医療等の名称 | 　 |
| ③　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による医療等の受給者番号 | 　 |
| ④　受給(受給対象者となった)年月日 | 年　　月　　日　　　　 |
| ⑤　被保険者記号・番号及び交付年月日 | 年　　月　　日 |
| ⑥　被保険者資格証明書の記号番号及び交付年月日 | 資―　　　　　　 年　　月　　日 |

(注)1　上記被保険者が原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができる者であることを証明する書類(受給者証等)の写しを必ず添付してください。

　　2　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による医療等については、お問い合わせください。

　　3　被保険者資格証明書の交付を受けていない場合は、交付年月日の記入の必要はありません。

　　4　被保険者資格証明書と被保険者証の両方の交付を受けている世帯の場合は、被保険者記号・番号及び交付年月日と被保険者資格証明書の記号番号及び交付年月日を記入してください。