

## 被爆者の子 医療費助成申請書(請求書)

(申請先)  
横浜市 長

年 月 日

申請者 住 所 〒 \_\_\_\_\_  
(請求者)

フリガナ ( )  
氏 名 (印) 受給資格者 ( )  
との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
日中連絡先 \_\_\_\_\_

被爆者の子医療費助成について、次のとおり申請（請求）します。

|                |   |                                    |      |                    |              |                  |
|----------------|---|------------------------------------|------|--------------------|--------------|------------------|
| 受給資格者          | 氏 名   | フリガナ ( )                           |      | 男<br>・<br>女        | 昭和<br><br>平成 | 年 月 日<br>( 生 歳 ) |
|                | 住 所   | 横浜市 区                              |      |                    |              |                  |
|                | 電 話   | ( )                                |      |                    |              |                  |
|                | 被爆者のこども健康診断受診証  | 第                                  | 号    | 被爆者のこども健康診断受診証の交付日 | 年 月 日        |                  |
| 他公費負担制度との併用    |   | 有（制度の名称： _____、公費負担金額： _____ 円）・ 無 |      |                    |              |                  |
| 健康保険証発行機関名     |   |                                    |      | 健康保険証の記号・番号        |              |                  |
| 疾 病 名          |   |                                    |      |                    |              |                  |
| 医療機関名称         |   |                                    |      |                    |              |                  |
| 医療費助成請求金額      | 自己負担額合計   | 円                                  | 診断書料 | 円                  | 証明書料         | 円                |
| 医療費助成受領口座      | 銀 行 支 店<br>信用金庫 出張所<br>農 協  |                                    |      |                    |              |                  |
|                | 普通 ・ 当座   |                                    | フリガナ | ( )                |              |                  |
|                | 口座番号<br>(右づめ)   |                                    |      | 口座名義人              |              |                  |
| 不備があった際の対応について | 提出頂いた書類に不備があった際には、市から医療機関等にお問い合わせする場合があります。<br>同意いただけない場合のみ、チェック欄にご記入ください。<br>市から直接医療機関等に照会することに <input type="checkbox"/> 同意しない<br>※同意いただける場合にはチェックは不要です。 |                                    |      |                    |              |                  |

- (注 意) 1 申請者と口座名義人は同一としてください。  
2 申請（請求）時に提出する書類等については、裏面をご覧ください。

※処理欄は記入しないでください。

|          |           |      |                              |      |
|----------|-----------|------|------------------------------|------|
| ※<br>処理欄 | 福祉保健センター付 | 局使用欄 | 決 定 区 分                      |      |
|          | 受 付       |      | 決 定                          | 決定金額 |
|          |           |      | <input type="checkbox"/> 承認  | 円    |
|          |           |      | <input type="checkbox"/> 不承認 |      |

# 横浜市原子爆弾被爆者の子に対する医療費助成制度について

## 1 対象者

横浜市内に住所を有する原爆被爆者の実子（神奈川県発行の「被爆者のこども健康診断受診証」所持者）であり、次の(1)に掲げるいずれかの障害を伴う疾病にかかっている者。

ただし、その疾病が次の(2)に掲げる事項に該当する場合は、対象となりません。

### (1) 助成対象となる障害の種類及び対象疾病

- ア 造血機能障害（貧血症、白血球減少症、出血性素因、紫斑病、血小板減少症など）
- イ 肝臓機能障害（肝硬変、慢性肝炎（アルコール性を除く）など）
- ウ 細胞増殖機能障害（悪性新生物、骨髄性白血病など）
- エ 内分泌腺機能障害（糖尿病（尿崩症、青銅糖尿病及び腎性糖尿病を除く）、甲状腺機能異常、卵巣機能異常、睾丸機能異常など）
- オ 脳血管障害（くも膜下出血、脳出血、脳血栓症、脳塞栓症など）
- カ 循環器機能障害（高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患など）
- キ 腎臓機能障害（慢性腎炎、ネフローゼ症候群（妊娠又は産褥中に起きたもの、流産に伴うもの及び細尿管性ネフローゼ（急性）を除く）など）
- ク 水晶体混濁による視機能障害（白内障（先天性、糖尿病性を除く）のみ）
- ケ 呼吸器機能障害（肺気腫、その他の慢性間質性肺炎（急性又は詳細不明の間質肺炎を除く）など）
- コ 運動器機能障害（変形性関節症、変形性脊椎症、骨粗鬆症など）
- サ 潰瘍による消化器機能障害（胃潰瘍、十二指腸潰瘍、潰瘍性大腸炎など）

### (2) 除外される疾病

- ア 感染性疾病及び感染性疾病に起因する疾病
- イ 寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾病
- ウ 中毒又は事故に起因する疾病
- エ 自己の故意又は重大な過失に起因する疾病
- オ 前記ア、イ、ウ、エのほか、原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病

## 2 助成対象期間

- (1) 「被爆者のこども健康診断受診証」の交付日以降、かつ横浜市民である期間を助成します。
- (2) 原則として、当該年度に受けた医療費が対象となり、申請（請求）期限は翌年度4月末日までです。
- (3) 申請（請求）期限を経過した場合は、申請月の前年同月分以降の医療費について助成対象とします。

## 3 申請（請求）時提出書類

- (1) 被爆者の子医療費助成申請書（第1号様式）
- (2) 被爆者の子医療費助成診断書（第2号様式）  
※過去に診断書を添付して申請された方で、その病状に変化がなく同一の疾病で継続して同一の医療機関にかかっている場合は、省略することができます。
- (3) 被爆者の子医療費証明書（第3号様式）
- (4) 同意書（第4号様式）
- (5) 神奈川県発行の「被爆者のこども健康診断受診証」の1ページ目の写し
- (6) 健康保険証の写し
- (7) 住民票（写し可）  
※「はじめて申請される方」「市外へ転出する方」「市外から転入された方」は、該当期間について横浜市民である事を確認するため提出してください。それ以外の方は省略することができます。

## 4 その他

- (1) 申請者（請求者）と口座名義人は同一としてください。
- (2) 振込については、医療費審査のため、申請日から3か月以上かかる場合がありますので、ご了承ください。
- (3) 書類に不備や不足等があった際には、市から医療機関等に照会する場合があります。同意いただけ場合には、表面チェック欄にご記入ください。  
※同意いただける場合にはチェックは不要です。