

令和 年 月 日

被爆者一般疾病医療機関指定申請書

石川県知事

様

開設者住所

開設者氏名

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第1項の規定による被爆者一般疾病医療機関の指定を受けたいので、同法施行規則第24条の規定により申請します。

1 医療機関の名称及び所在地

(電話番号)

(医療機関コード)

2 管理者の住所氏名

3 診療科名及び病床数

4 指定年月日

令和 年 月 日

5 指定を受けるにあたっての同意事項

- (1) 被爆者に対する医療を行うにあたっては、その者の提出する被爆者手帳によって、被爆者であることを確認し、また当該負傷又は疾病が法第18条の規定による一般疾病医療費の支給の対象となるものであることを確認する。
- (2) 被爆者に対しては、懇切丁寧に医療を行う。
- (3) 被爆者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、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則（平成7年厚生省令第33号）第27条の規定により行う。

6 その他参考となる事項