

**公害健康被害の補償等に関する法律
療 養 費 請 求 書**

公害医療手帳 の記号番号		大阪 ー				
被 認 定 者	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	明治 ー 年 ー 月 ー 日		
	氏 名			大正 ー 年 ー 月 ー 日 昭和 (満 才)		
	住 所	〒 ー				
	指定地域解除前の 認定疾病名	1. 慢性気管支炎 2. 気管支ぜん息 3. ぜん息性気管支炎 4. 肺気しゅ				
	指定地域解除後の 病像の変化によって 認められた病名					
(1) 当該療養費の支給の 請求に係る疾病の名 称及び療養の内容	医師 又は 手当を 担当した 者の 証明 その他 診療・ 薬剤の 支給	疾 病 名				
		疾 病 の 経 過 の 概 要	昭和・平成・令和 年 月 日 治癒・死亡・転医・中止・継続中			
		療 養 の 内 容	期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間 診療実日数
		療養の内訳及び金額 (内訳別紙のとおり)	診 療 総 点 数	点		
			患 者 一 部 負 担 額	円(割)		
	上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 診療担当者					
	看 護	年 月 日から	年 月 日まで	看護師資 格の有無	有・無	
	移 送	から	まで片道・往復	キロメートル	回	
	上記以外の療養費(内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおり)				円	
	(2)療養に要した費用の額	(合計)			円	
療養の給付を受けなかった理由						

公害健康被害の補償等に関する法律第24条第1項の規定による療養費の支給を請求します。

(提出先) 大 阪 市 長

令和 年 月 日

(請求者) 住 所 〒 ー

電 話 ー ー
氏 名

(被認定者との関係)

受 付 印

振込口座 ー 銀行 ー 支店

通帳番号 ー

当座

名 義 ー

普通

※ 決 定

決 定 額

円

※印の欄は記入しないで下さい

1. 記入上の注意

- (1) 「指定地域解除前の認定疾病」の欄は、該当する事項の番号を○で囲んで下さい。
- (2) 「指定地域解除後の病像の変化によって認められた病名」の欄には、公害医療手帳の認定疾病の名称欄に記載されている病像の変化による病名を記載して下さい。

2. 添付書類その他の注意

- ① (1)及び(2)に掲げる事項について、医師その他の診療、薬剤の支給又は手当を担当した者の証明を受けてください。(看護又は移送に要した費用の額については、下記の②によって下さい。)
- ② 看護又は移送に要した費用の額については、当該費用の額を証明できる書類を、この請求書に添えて下さい。