

横浜市原子爆弾被爆者の子に対する医療費助成要綱

制定 昭和 53 年 1 月 18 日（助役決裁）

最近改正 令和 7 年 3 月 31 日 健健推第 2929 号（局長決裁）

（目 的）

第 1 条 この要綱は、原子爆弾被爆者の実子（以下「被爆者の子」という。）の健康の保持及び向上を図るとともに、健康上の不安感を和らげるため被爆者の子に対し、医療費を助成することについて必要な事項を定める。

（資 格）

第 2 条 この要綱により、医療費の助成を受けることができる者（以下「受給資格者」という。）は、その医療を受けた時に次のすべてに該当する者とする。

- （1）横浜市内に住所を有する者
- （2）原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成 6 年 12 月 16 日法律第 117 号。以下「原爆被爆者援護法」という。）第 1 条に規定する被爆者の実子（被爆時以前に生まれた者及び被爆当時胎児であった者を除く。）
- （3）健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）その他医療保険各法の規定により医療に関する給付が行われる者
- （4）神奈川県原子爆弾被爆者等健康診断実施要領第 3 条第 2 号に規定する受診証（以下「被爆者のこども健康診断受診証」という。）を所持する者

（助成対象疾病）

第 3 条 医療費を助成する疾病（以下「助成対象疾病」という。）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 51 条に定める障害を伴う疾病（別表第 1）のうち、横浜市が適当であると認めた疾病とする。

（除外疾病）

第 4 条 次に掲げる疾病は、助成対象疾病から除外する。

- （1）感染性疾病及び感染性疾病に起因する疾病
- （2）寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾病
- （3）中毒又は事故に起因する疾病
- （4）自己の故意又は重大な過失に起因する疾病
- （5）前各号に掲げるもののほか、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

（助成の対象となる医療費）

第 5 条 助成対象となる医療費は、次のとおりとする。

- （1）受給資格者について医療保険各法の規定により医療に関する給付が行われた場合における医療費（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法によって算定された額（当該法令の規定に基づきこれと異なる算定方法によることとされている場合においては、その算定方法によって算定された額）を超える額を除く。）のうち、当該法令の規定によ

り給付される額を控除した額

(2) 入院時食事療養費の標準負担額

(3) 前各号に係る証明書料

(4) 第7条第1項第2号に係る診断書料

2 前項第3号の証明書料及び第4号の診断書料の額は、横浜市病院事業の経営する病院条例（平成12年3月横浜市条例第29号）に定めるその他の証明書料及びその他の診断書料を基準とし、別表第2に定める額を限度とする。

3 第1項第1号の規定にかかわらず、医療保険各法以外の法令の規定により国又は地方公共団体による医療に関する給付が行われたときは、同号の医療費の助成の額から当該法令の規定によって行われた当該医療に関する給付の額を控除した額とする。

（診療方針及び診療報酬）

第6条 医療機関における診療方針及び診療報酬は、健康保険の診療方針及び診療報酬の例による。

（助成申請）

第7条 医療費の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、次に掲げる書類を市長に提出しなければならない。

(1) 被爆者の子医療費助成申請書（請求書）（第1号様式）

(2) 被爆者の子医療費助成診断書（第2号様式）

(3) 被爆者の子医療費証明書（第3号様式）

(4) 第5条第1項第1号の規定による同意書（第4号様式）

(5) 被爆者のこども健康診断受診証の1ページ目の写し

(6) 住民票の写し

2 前項第2号に規定する診断書は、継続して医療を受けている場合であって申請者の第3条に規定する疾病の状態が同一で、同一医療機関である場合は、これを省略することができるものとする。

3 前項の規定に関わらず、継続して申請する場合で以下の各号のいずれかに該当する者は診断書の提出を省略できない。

(1) 提出済みの診断書に記載された療養を要する期間経過後に申請をする者

(2) 療養を要する期間が明確でない又は5年以上の場合で、提出済みの診断書の発行日から5年を経過後に申請をする者

4 第1項第6号に規定する住民票は、継続して申請する場合であって横浜市内に引き続き在住する場合は、これを省略することができるものとする。

5 申請する者は、受給資格者に限るものとする。やむを得ず代理人が申請する場合は、第1項に規定する書類と併せて委任状を提出しなければならない。ただし、受給資格者が死亡した場合、代理人は申請することができない。

6 助成申請の期間内において、申請者の加入する被用者保険・地域保険（健康保険組合、全国健康保険協会、神奈川県後期高齢者広域連合等）に変更があった場合は、被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る変更届出書を提出しなければならない。また、第1項4号に規定する同意書は、変更前の被用者保険・地域保険分と変更後の被用者保険・地域保険

分をそれぞれ提出しなければならない。

(助成申請の期間)

第8条 前条の規定による申請については、申請者に対し当該医療給付が行われた月の翌年同月までの間に市長に必要書類を提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、市長が特にやむを得ない事情があると認めた場合には、申請期間を延長することができる。

(助成決定)

第9条 市長は、第7条の規定による申請内容が適正であると認め、医療費を助成することを決定したときは被爆者の子医療費助成決定通知書（第6号様式）を、助成しないことを決定したときは被爆者の子医療費助成不承認決定通知書（第7号様式）をもって申請者に通知するものとする。

(調 査)

第10条 市長は、必要があると認めるときは、この要綱による助成決定に必要な事項について申請者に報告を求め、又は調査することができる。

(返 還)

第11条 市長は、いつわりその他不正な方法により医療費の助成を受けた者があるときは、当該助成を受けた額の全部又は一部を返還させるものとする。

(書類の提出)

第12条 申請者が、この要綱の各規定に基づき、市長に提出する申請書等は、申請者の住所地の区福祉保健センター又は健康福祉局健康推進課に提出するものとする。

(支 払)

第13条 医療費の助成は、横浜市会計規則（令和6年3月横浜市規則第26号）の定めるところにより行うものとする。

(雑 則)

第14条 この要綱に定めるもののほか、医療費の助成に関して必要な事項は、別に定めるものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、昭和53年2月1日から施行する。

(経過措置)

2 医療証の更新は、第14条の規定にかかわらず昭和53年度においては行わないものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、昭和 54 年 6 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 医療証の更新は、第 14 条の規定にかかわらず昭和 54 年度において実施する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 6 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 8 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 12 年 7 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の規定は、この要綱の施行の日以後を初日として医療を要した者に対する助成について適用し、平成 12 年 6 月 30 日現在入院している者で、引き続き入院を継続する者については、その入院が終了し退院するまでの間は、従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 14 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の規定は、この要綱の施行の日以後を初日として医療を要した者に対する助成について適用し、平成 12 年 7 月 1 日改正以前から入院している者で、引き続き入院を継続する者については、平成 17 年 3 月 31 日までの間は、従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の規定は、この要綱の施行の日以後に第 7 条に定める書類を提出した者に対する助成について適用し、施行日前に提出した者に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

- 2 この要綱による改正後の規定は、この要綱の施行日以後に第 7 条に定める書類を提出した

者に対する助成に対して適用し、施行日前に提出した者に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 なお、移行措置として、改正以前の様式については平成 27 年 3 月末日の申請まで使用できるものとする。
- 3 この要綱の施行日前の医療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和元年 10 月 1 日から施行する。
- 2 なお、移行措置として、改正以前の様式については令和 3 年 3 月末日の申請まで使用できるものとする。
- 3 この要綱の施行日前の医療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。
- (経過措置)
- 2 この要綱の施行の際、改正以前の様式については令和 4 年 3 月末日の申請まで使用できるものとする。
- 3 この要綱による改正後の規定は、この要綱の施行日以後に第 7 条に定める書類を提出した者に対する助成について適用し、施行日前に提出した者に対する助成については、なお従前の例による。ただし、施行日前に第 7 条第 1 項第 2 号の診断書について、療養を要する期間が 5 年未満であるとして提出したときで、その期間を超えた後、継続して申請する場合は、新たに発行された診断書の提出をし、療養を要する期間がこれ以外の場合は、令和 8 年 3 月 31 日以降の申請時に新たに発行された診断書の提出をするものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 なお、移行措置として、改正以前の様式については令和 6 年 3 月末日の申請まで使用できるものとする。
- 3 この要綱の施行日前の医療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要綱の施行日前の医療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 6 年 12 月 2 日から施行する。
- 2 なお、移行措置として、改正以前の様式については令和 8 年 3 月末日の申請まで使用できるものとする。

- 3 この要綱の施行日前の医療費に対する助成については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 なお、移行措置として、改正以前の様式については令和 9 年 3 月末日の申請まで使用できるものとする。
- 3 この要綱の施行日前の医療費に対する助成については、なお従前の例による。

別表第 1（第 3 条第 1 項）

被爆者の子に対する医療費の助成対象となる障害及び疾病例	
1 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 2 肝臓機能障害 肝硬変、慢性肝炎（アルコール性を除く）など 3 細胞増殖機能障害 悪性新生物、骨髄性白血病など（良性腫瘍を除く） 4 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（脂質異常症を除く） 5 脳血管障害 くも膜下出血、脳出血、脳血栓症、脳塞栓症など 6 循環器機能障害 高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患など（続発性（二次性）ではない高血圧症や動脈硬化症、不整脈を除く）	7 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 8 水晶体混濁による視機能障害 白内障（先天性、糖尿病性、加齢性を除く）のみ 9 呼吸器機能障害 肺気腫、その他の慢性間質性肺炎など（急性又は詳細不明の間質性肺炎、喘息を除く） 10 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（関節リウマチを除く） 11 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

別表第 2（第 5 条第 2 項）

第 5 条第 1 項第 3 号に規定する証明書	1, 100 円
第 5 条第 1 項第 4 号に規定する診断書	2, 750 円

被爆者の子 医療費助成申請書(請求書)

(申請先)

横 浜 市 長

申請者 住 所

(請求者)

〒

フリガナ

(

)

氏 名

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・女	昭和 年 月 日生 平成 (歳)		
	住 所	横浜市 区					
	電 話	()					
	被爆者のこども健康診断受診証	番 号		被爆者のこども健康診断受診証の交付日		年 月 日	
被保険者証発行機関名				被保険者証の記号・番号 被保険者番号			
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 信用金庫 農 協 出張所						
	普通 ・ 当座		フリガナ	()			
	口座番号 (右づめ7桁)				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。 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。 市から直接医療機関等に照会することに ☐同意しない ※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。
※申請者と受給資格者が異なる場合、委任状を提出してください。
- 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。

※ 処理欄	福祉保健センター受付	局使用欄	決 定 区 分	
			決 定	決定金額
			☐ 承 認 ☐ 不承認	円

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。
また、対象者が死亡した場合、代理人は申請をすることができません。

(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（良性腫瘍を除く））
- 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（脂質異常症を除く））
- 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（続発性（二次性）ではない高血圧症や動脈硬化症、不整脈を除く））
- 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、加齢性を除く）のみ）
- ケ 呼吸器機能障害（肺気腫、その他の慢性間質性肺炎など（急性又は詳細不明の間質性肺炎、喘息を除く））
- 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（関節リウマチを除く））
- 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、療養を要する期間内においては最長5年間提出を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) 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場合があります。同意いただけない場合には、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。

被爆者の子医療費助成 診断書

氏名		男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	横浜市			
障 害 の 種 類	※該当する障害名の番号に○をつけてください。			
	1 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） 2 肝臓機能障害（肝硬変、慢性肝炎（アルコール性を除く）など） 3 細胞増殖機能障害（悪性新生物、骨髄性白血病など（良性腫瘍を除く）） 4 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（脂質異常症を除く）） 5 脳血管障害（くも膜下出血、脳出血、脳血栓症、脳塞栓症など） 6 循環器機能障害（高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患など（続発性（二次性）ではない高血圧症や動脈硬化症、不整脈を除く）） 7 腎臓機能障害（慢性腎炎、ネフローゼ症候群（妊娠また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） 8 水晶体混濁による視機能障害（白内障（先天性、糖尿病性、加齢性を除く）のみ） 9 呼吸器機能障害（肺気腫、その他の慢性間質性肺炎など（急性または詳細不明の間質性肺炎、喘息を除く）） 10 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（関節リウマチを除く）） 11 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）			
	※（助成除外疾病）：感染性疾病・寄生虫病及びこれに起因する疾病、中毒・事故・自己の故意・重大な過失に起因する疾病、その他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（虫歯、風邪、骨折、精神疾患など）			
疾病の名称		療養を要する期間	※具体的な期間を必ず記入してください。 年 か月程度の見込み (最長5年間)	
疾病の状態と判断した所見・データ及び今後の治療方針				
以上のとおり、診断します。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師氏名 印				

被爆者の子 医療費証明書

年 月 日

所在地
医療機関 名称
電 話

代表者名 代表者印 印
証明書作成部署 ・ 担当者氏名

次のとおり、相違ないことを証明します。

患者氏名		男・女	障 害 名	※ 該当する障害名の番号に○をつけてください。		
生年月日		年 月 日生		1 造血機能障害 7 腎臓機能障害 2 肝臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 3 細胞増殖機能障害 9 呼吸器機能障害 4 内分泌腺機能障害 10 運動器機能障害 5 脳血管障害 11 潰瘍による消化器機能障害 6 循環器機能障害		
保 険 区 分	種別	協会・組合・船員 共済・国保・後期		※必ず医療機関で記入してください。(※2)		
	給付 割合	割				
診断書料		(※1)	疾病名			
証明書料		円				
診療年月	診 療 実 日 数		保険診療総点数 (※3)		特記事項 (※4)	自己負担額
年	入 院	日	点			円
	入院外	日	点			円
年	入 院	日	点			円
	入院外	日	点			円
年	入 院	日	点			円
	入院外	日	点			円
入院時食事療養費 標準負担額		年 月 ～ 年 月		入院中の食事回数 () 回分	円	
自己負担額合計(診療等に係る自己負担額+入院時食事療養費標準負担額)						(※5) 円

※1 「診断書料」「証明書料」欄については、「被爆者の子医療費助成 診断書(第2号様式)」「被爆者の子 医療費証明書(第3号様式)」を記載いただくにあたり請求した金額を記入してください。請求していない場合は、斜線を引いてください。
なお、「診断書料」「証明書料」は、「自己負担額合計」に加算しないでください。

※2 薬局等で疾病名が不明な場合は、お手数ですが処方箋を発行した医療機関にお問い合わせください。

※3 「保険診療総点数」欄については、「疾病名」欄に記載した疾病に対する治療の総点数を記入してください。「疾病名」欄記載以外の 医療費や自己負担分(容器代・予防接種代・先発医薬品(長期収載品)の選定療養等)は記入しないでください。

※4 「特記事項」欄には、他公費負担制度(例:特定疾患)や、「限度額認定証利用」等を記入してください。

※5 4か月以上まとめて証明する場合、自己負担額合計欄は、表面は斜線を引き、裏面を使用してください。

(R 7.4)
(A4表面)

※片面印刷にご記入の場合は、表面に押印された代表者印を、裏面にも押印してください。

(両面印刷の場合は、裏面の代表者印は不要です)

代表者印 ㊤

診療年月	診 療 実 日 数		保険診療総点数	特記事項	自己負担額
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
年	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
月	入 院	日	点		円
	入院外	日	点		円
自己負担額合計 (診療等に係る自己負担額+入院時食事療養費標準負担額)					円

被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る同意書

（あて先） 年 月 日

様

横浜市実施の原子爆弾被爆者の子に対する医療費助成申請に関して、高額療養費等の還付金など保険給付について、横浜市に提供することに同意します。

被 保 険 者	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所 及 び 電 話	〒 横浜市 区 電話 ()	
	保 険 者 証	発行機関名	
		記号・番号 被保険者番号	
助 成 対 象 者	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	被 保 険 者 と の 続 柄		

（注 意）

- 1 あて先は、健康保険証発行機関名をご記入ください。
- 2 助成対象者欄については、横浜市原子爆弾被爆者の子医療費助成制度の受給資格者と被保険者が同一である場合は、記入する必要はありません。

（R7.4）

被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る保険変更届出書

「被爆者の子 医療費助成申請書（請求書）」を提出するにあたり、助成申請期間内において、加入する被用者保険（健康保険組合、全国健康保険協会等）・地域保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度等）に変更がありましたので、下記のとおり届け出ます。

旧 被用者保険・地域保険名※	
新 被用者保険・地域保険名※	
新 被用者保険・地域保険 資格取得年月日	令和 年 月 日

※●●健康保険組合、全国健康保険協会○○支部、▲▲国民健康保険、□□後期高齢者医療制度等を記入してください。

（注意）

被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る同意書（第4号様式）は、変更前後の被用者保険・地域保険分をそれぞれ1枚ずつ提出してください。

令和 年 月 日

住所

氏名

電話番号

日中連絡先

被 爆 者 の 子
医 療 費 助 成 決 定 通 知 書

様

年 月 日

横浜市長



先に申請（請求）のありました医療費の助成については、次のとおり決定しましたので通知します。

受給資格者氏名	
決定金額	
申請金額	
振込予定日	
備 考	

（注 意）

- 1 助成決定にあたって必要がある場合には、報告を求めたり、調査を行うことがあります。
- 2 いつわりその他不正な方法により、医療費の支給を受けた場合には、助成した医療費の返還を求めることがあります。

〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10
横浜市
電 話
FAX

様

健 健 推 第 号
年 月 日

被 爆 者 の 子 医 療 費 助 成
不 承 認 決 定 通 知 書

横浜市長



先に申請（請求）のありました医療費の助成については、次の理由により不承認と決定しましたので通知します。

受給資格者氏名	
理 由	

〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10
横浜市
電 話
FAX