

## 旧優生保護法一時金支給請求に係る診断書

## 1. 請求者情報

ふりがな		性別	生年月日
請求者 氏名		男・女	(大正・昭和・西暦) 年 月 日
請求者 住所	〒 都・道 府・県		

## 2. 既往歴

(有・無)

## 3. 自覚症状

(有・無)

## 4. 手術痕

	男性	女性
手術痕の位置 (図示)		
位置や長さ	(位置) (長さ)	(位置) (長さ)

## 5. 備考欄

※記入欄に書き切れない場合は、別紙にご記入いただき、添付してください。

医療機関名

記載日時

年

月

日

住所

担当医師

印

旧優生保護法一時金支給請求に関する診断書作成料等支給申請書

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、旧優生保護法一時金支給請求に関する診断書作成料及び診断料の支給を受けたいので、申請します。

年 月 日 請求者氏名 印

1. 請求者の情報

チェック欄

※ 旧優生保護法一時金支給請求書の「1. 請求者の情報」と同一場合は、右のチェック欄にしてしてください。

Form with fields for name, gender, birth date, address, and phone number.

2. 請求額の情報

チェック欄

診断書作成料として、「4. 領収書欄」に記載がある額（その額が5,000円を超える場合は5,000円）について、支給を請求します。また、診断料として、「4. 領収書欄」に記載がある額（その額の上限は健康保険の診療方針及び診療報酬の例によります）について、支給を申請します。

※ よろしければ、右のチェック欄にしてしてください。
※※ 診断料は診療報酬点数表における初診料の所定点数相当額（平成31年4月1日時点の診療報酬点数表では2,820円）まで公費負担の対象となります。

3. 振り込みを希望する金融口座

チェック欄

※ 旧優生保護法に基づく優生手術等を受けたことに対する一時金支給請求書の「3. 振り込みを希望する金融口座」と同一の場合は、右のチェック欄にしてしてください。

Form for bank account information including bank name, account type, and branch details.

4. 領収書欄 (医療機関において記載してください)

Form for receipt information including diagnosis fee, diagnosis fee, date, and medical institution name.

※診断料は、医療保険適用外の問診等を行った場合にのみ記載してください。