

民間保険に加入されている方

2013年版

厚生労働省
広島県

日本国外にお住まいの被爆者の方へ ～在外被爆者保健医療助成事業の手続について～

＊ このお知らせは、ブラジル、アルゼンチン、パラグアイ、ボリビア、ペルーにお住まいの方へのものです。

日本国外にお住まいで、被爆者健康手帳又は被爆時状況確認証（被爆確認証）の交付を受けている方は、保険料の助成を受けることができます。その申請手続は、次のとおりです。

助成の対象となるのは、2013年1月から12月までの間に保険会社に支払った保険料で、その年間助成限度額は、17万9千円（これを超えることに特に理由がある場合は、19万1千円）です。

はじめて申請される方へ

- (1) 「2013年分の助成費」を申請する場合には、受給対象者に該当する旨の確認が必要となります。
- (2) 対象者に該当する旨の確認を受けるために必要な書類は、次のとおりです。
 - ① 受給対象確認申請書
3ページの様式に、必要事項を記入してください。
 - ② 本人であることを証明できる申請日前1か月以内に発行された公的機関の証明書
例) 戸籍謄本・抄本、公証人 (Notary Public) による証明書、在留許可証、居住証明書等のいずれか1点
 - ③ 被爆者健康手帳（都道府県知事又は市長の印のあるページ）の写し又は被爆時状況確認証（被爆確認証）の写し

(3) 「(2) ①～③」の書類を、

2013年11月29日(金)までに必ず到着

するように以下の宛先に郵送してください。対象者に該当する旨の確認ができた方には、受給対象確認通知書を郵送いたします。

(4) なお、書類を郵送する前に、4ページのチェックリストで申請に必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

このお知らせについてのお問い合わせ先

一般財団法人 日本公衆衛生協会 細田 (Hosoda)

電話 (telephone)	+81-3-3352-4281
ファックス (fax)	+81-3-3352-4605
電子メール (e-mail)	zaigai@jpha.or.jp

【宛 先】

〒160-0022

東京都新宿区新宿1丁目29-8

一般財団法人 日本公衆衛生協会

在外被爆者保健医療助成事業担当係 宛

受給対象確認申請書（保険料）

フリガナ		西暦						性別
氏名		明治	年	月	日	生		男・女
居住国								
フリガナ								
住所								
電話番号	（国番号から記載のこと）							
FAX/E-mail								
種別	<input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 被爆時状況確認証（又は被爆確認証） <small>※ いずれかに○を付けること</small>							
交付都道府県・市								
被爆者健康手帳番号								—
被爆時状況確認証（又は被爆確認証）番号								

上記のとおり、保健医療助成費の受給対象者であることの確認を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

平成（西暦） 年 月 日

申請者氏名

⑩
（又はサイン）

（代理で申請する場合）代理申請者氏名
代理申請者連絡先

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入

広島県知事 様

提出書類チェックリスト

※ 書類を提出する前に、このチェックリストで必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

チェック欄	提出書類
<input type="checkbox"/>	受給対象確認申請書 (3ページ)
<input type="checkbox"/>	本人であることを証明できる申請日前1か月以内に発行された公的機関の証明書(戸籍謄本・抄本、公証人による証明書、在留許可証、居住証明書等)
<input type="checkbox"/>	被爆者健康手帳又は被爆時状況確認証(被爆確認証)の写し

受給対象者として確認ができた方

1. 広島県から「受給対象確認通知書」が届いた方で、2013年分の助成費の申請をする場合には、以下の書類を、

2014年1月31日（金）までに必ず到着

するように一般財団法人日本公衆衛生協会に郵送してください。

- ① 支給申請書
7～10ページの様式に必要事項を記入してください。
※ 8～9ページについては、保険料の支払い方法により、どちらか一方を提出してください。
- ② 通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類
- ③ 対象保険の契約書の写し
※ 対象保険とは、あなたが保険により保障を受けることができる期間に、2013年1月から同年12月までの間が含まれている医療保険です。
- ④ 保険会社に支払った保険料の領収書

(注1) 上記④の保険会社に支払った保険料の領収書には、次の4点の記載があることが必要です。

- ① 支払った金額
- ② 支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）
- ③ 保険会社の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日
※ 領収書には、支払った金額がわかるよう、必ず該当部分に下線を引いてください。また、申請者本人以外の保険料等が含まれた領収書の場合も同様に、本人分がわかるようにしてください。
※ 領収書については、必ず原本を提出してください。（やむを得ない事情がある場合には写しでも構いません）

2. 「2013年分の助成費」は、2013年1月から12月までの間に保険会社に支払った保険料が対象になり、その年間助成限度額は、17万9千円（これを超えることに特に理由がある場合は、19万1千円）となります。

助成費の振り込み処理は、2014年3月31日までに行います。それまでに口座を変更する場合は、必ずご連絡ください。

3. なお、書類を郵送する前に、11ページのチェックリストで申請に必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

このお知らせについてのお問い合わせ先

一般財団法人 日本公衆衛生協会 細田 (Hosoda)

電話 (telephone)	+81-3-3352-4281
ファックス (fax)	+81-3-3352-4605
電子メール (e-mail)	zaigai@jpha.or.jp

【宛先】

〒160-0022

東京都新宿区新宿1丁目29-8

一般財団法人日本公衆衛生協会

在外被爆者保健医療助成事業担当係 宛

支給申請書（保険料）

受給対象確認通知番号		-					
フリガナ		西暦					性別
氏名		明治	年	月	日生		男・女
住所	昭和						
居住国							
電話番号	（国番号から記載すること）						
FAX/E-mail							
振込口座	金融機関名						
	本（支）店名 （※1）						
	本（支）店住所 （※2）						
	口座番号 （※3）						
	口座名義人 （※4）						
申請時点での手当受給の有無（※5）	有 ・ 無						
申請額	現地通貨	（単位）（※ 記載しないこと）					
	日本円	円相当（※ 記載しないこと）					

- ※1 本（支）店名を必ず記入してください。
- ※2 住所を必ず記入してください。
- ※3 通帳の写し等口座確認のできる書類を添付してください。
- ※4 振込口座は必ず申請者本人名義としてください。
- ※5 この申請の時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当、特別手当又は原子爆弾小頭症手当を受給されている方は、「有」に○をしてください。

上記のとおり、2013年分の保健医療助成費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

平成（西暦） 年 月 日

申請者氏名

⑩
（又はサイン）

（代理で申請する場合）代理申請者氏名
代理申請者連絡先

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入

広島県知事 様

支給申請内訳（毎月払いの場合）

	金額	摘要
1月		
2月		
3月		
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
合計		

（注1）各月の支出額に係る領収書については、月毎に10ページの領収書頒布台紙に貼って提出してください。

（注2）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

○ 下記の項目について、該当する記号に○をしてください。

- 保険の加入形態について
ア、個人 イ、夫婦 ウ、家族（ 名） エ、その他（ 名）
- 毎月の保険料の支払方法について
ア、個人で支払い イ、夫婦一括で支払い ウ、家族一括で支払い
エ、その他（ ）

支給申請内訳（毎月払い以外の場合）

金額	支払った保険料の保険期間
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月

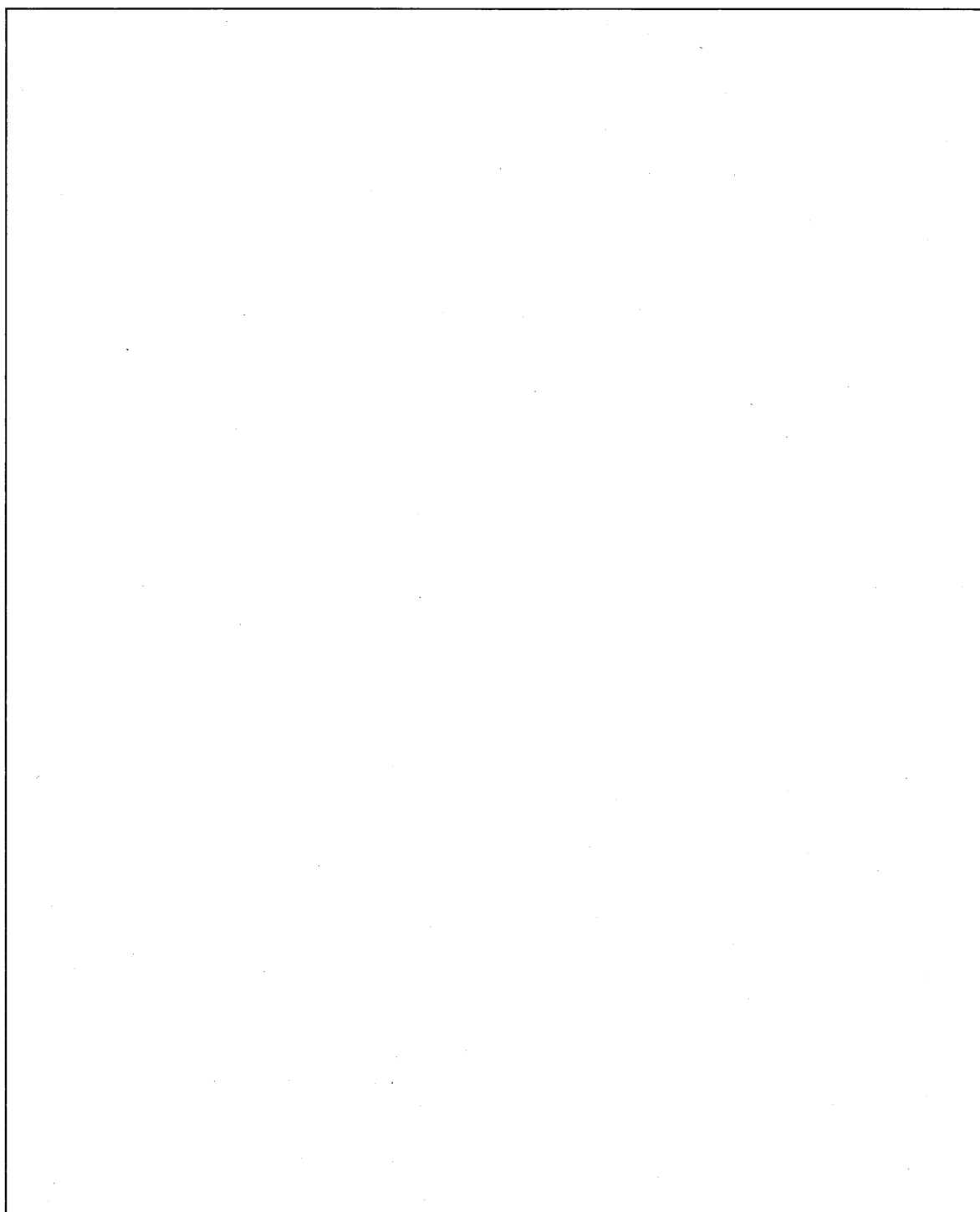
（注1）「支払った保険料の保険期間」とは、その保険料を支払ったことであなたが保険により保障を受けることができる期間のことです。何年何月から何年何月までの期間かを記載してください。

（注2）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

○ 下記の項目について、該当する記号に○をしてください。

- 保険の加入形態について
ア、個人 イ、夫婦 ウ、家族（ 名） エ、その他（ 名）
- 毎月の保険料の支払方法について
ア、個人で支払い イ、夫婦一括で支払い ウ、家族一括で支払い
エ、その他（ ）

() 月分領収書頒布台紙



(注1) 領収書は、次の4点の記載があるものでなければなりません。

- ① 支払った金額
- ② 支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）
- ③ 保険会社の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

(注2) この様式は、適宜コピーし、月毎に1枚ずつご用意ください。何月分のものであるかを明記していれば、この様式でなくてもかまいません。

提出書類チェックリスト

※ 書類を提出する前に、このチェックリストで必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

チェック欄	提出書類
<input type="checkbox"/>	支給申請書 (7ページ)
<input type="checkbox"/>	支給申請内訳 (8ページ又は9ページ)
<input type="checkbox"/>	通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類
<input type="checkbox"/>	対象保険の契約書の写し
<input type="checkbox"/>	保険会社に支払った保険料の領収書(10ページの領収書頒布台紙に貼り付けたもの) ※1 領収書には、支払った金額がわかるよう、必ず該当部分に下線を引いてください。 ※2 本人以外の保険料等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるようにしてください。