

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、大韓民国、ブラジル、アルゼンチン、パラグアイ、ボリビア、ペルー、アメリカ、カナダ、メキシコ以外の国及び地域にお住まいの方々へのものです。

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、医療費の助成を受けることができます。

助成の対象となるのは、2013年1月から12月までの間に支払った医療費で、その年間助成限度額は、17万9千円（連続して4日間以上入院した場合は、19万1千円）です。

（1）本事業の対象者として確認するため、まず、以下の書類をご提出ください。

- ① 受給対象確認申請書…3ページの様式です。
- 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
- ④ 受診予定医療機関リスト…4ページの様式です。

(2) 「(1) ①～④」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。本事業の対象者として確認のできた方には、受給対象確認通知書を郵送いたします。

(3) なお、書類を郵送する前に、5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

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

(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

長崎市長 様

受診予定医療機関リスト
(通院中の医療機関又は、かかりつけ医療機関等をご記入下さい)

平成(西暦)

年 月 日

長崎市長 様

住 所

氏 名

電話番号 () -

医療機関名	医療機関の所在地	電話番号

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(Notary Public)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
<input type="checkbox"/>	受診予定医療機関リスト (4ページ)

受給対象者として確認ができた方

- (1) 長崎市から「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
8～10ページの様式に必要事項を記入してください。
- ② 通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類
- ③ 医療機関からの領収書
- ④ 連続して4日間以上入院した場合は、そのことが証明できる書類

(注) 上記③の医療機関からの領収書には、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 医療機関の名称、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、申請者本人以外の医療費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ついて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月までの間に支払った医療費が対象になり、その年間助成限度額は、17万9千円（連続して4日間以上入院した場合は、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日までにを行います。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

受給対象確認通知番号				-					
フリガナ		西暦	年	月	日	生	性別 男・女		
氏名		大正							
居住国									
住所									
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)								
連続4日間以上の入院の有無(※5)	有 ・ 無								
入院の期間(※6)	月 日 ~ 月 日								
申請時点での手当受給の有無(※7)	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 連続して4日間以上入院した場合は、「有」に○をし、連続して4日間以上入院したことが証明できる書類を添付してください。
 ※6 連続して4日間以上入院した場合は、その期間を記入してください。
 ※7 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

(印)
(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

長崎市長 様

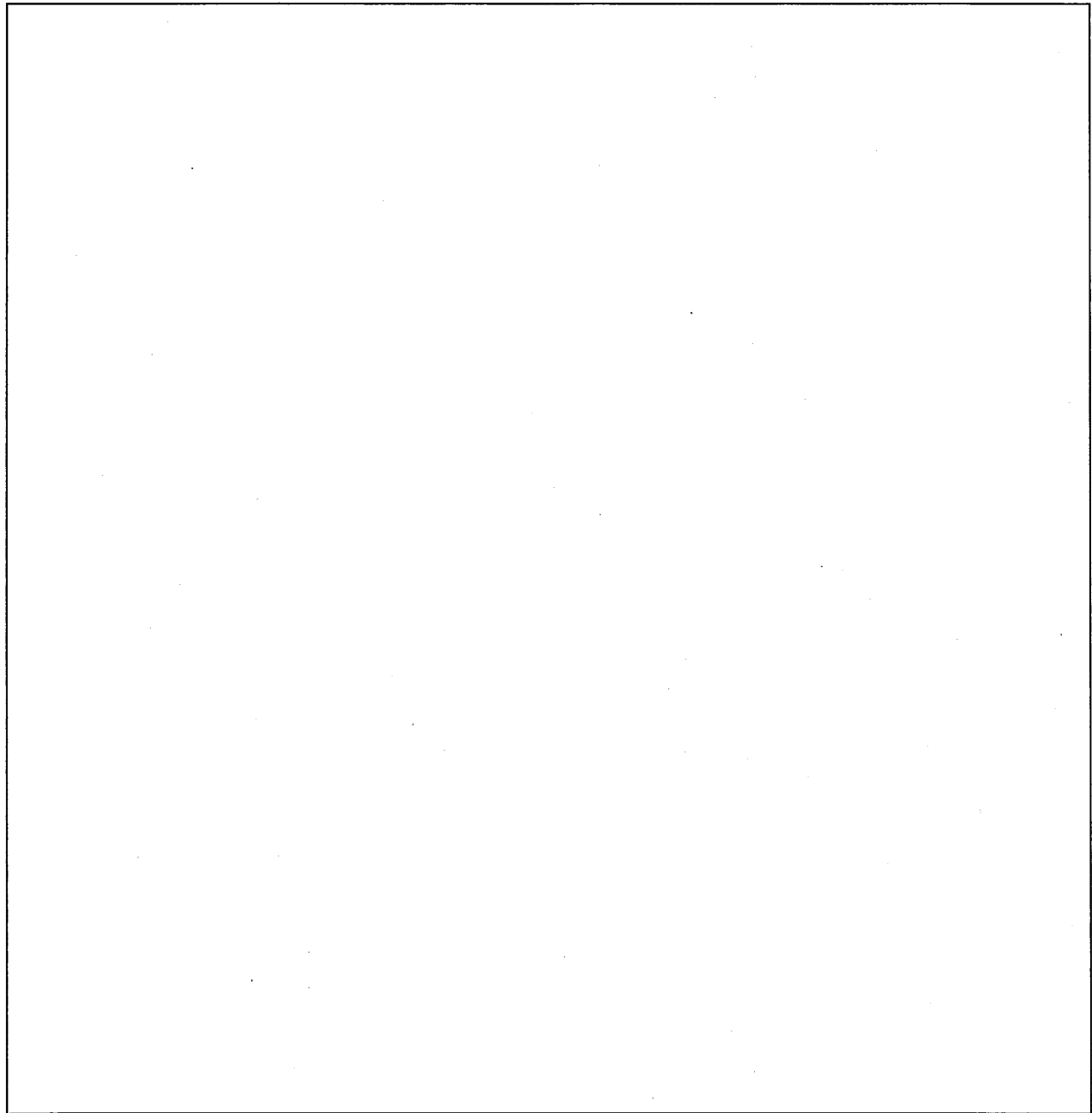
支給申請内訳

	金額	摘要（入院があった場合、病院名を記載）
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。

() 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 医療機関の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

(注2) 領収書については、返却できませんのでご留意願います。

(注3) 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 (8ページ)
<input type="checkbox"/>	支給申請内訳 (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"/>	医療機関からの領収書 (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 本人以外の医療費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。
<input type="checkbox"/>	連続して4日間以上入院したことが証明できる書類 (連続して4日間以上入院した場合のみ)