

关于居住于国外的原子弹受害者的 保健医疗补助事业的手续

*本通知适用于居住在下列国家及地区以外的相关人员。韩国、巴西、阿根廷、巴拉圭、玻利维亚、秘鲁、美国、加拿大、墨西哥。

开始接受 2013 年度补助费的申请，持有领取对象确认通知书的人员请按下述办理申请手续。

1. 请提交下列(1)至(6)项所述文件。

(1) 支給申请书

请在第 4 页至第 6 页的格式上填写必要的事项。

* 如您以前提交的“预定就诊医疗机关名单”中记载内容发生变更或追加时，请提交第 7 页的确认内容变更申报书。

(2) 申请日之前 1 个月以内政府机关发行的能确认本人的证明书

(例如) 含户籍腾本抄本、公证人 (Notary Public) 出具的证明书、在留许可证、居住证明书等其中任一项

* 但是，提交“支給申请书”时已在领取健康管理补贴、保

健补贴、医疗特别补贴、特别补贴或原子弹爆炸所致小头症补贴的人员，则没有必要提交证明书。

- (3) 领取对象确认通知书、原子弹受害者健康手册、原子弹受害时状况确认证明书（原子弹受害确认证明书）中任一项的复印件

* 姓名、地址、电话号码发生变更时，请提交第 8 页的确认内容变更申报书。

- (4) 银行存折的复印件等能确认汇款账户的文件

- (5) 医疗机构出具的发票

- (6) 如连续住院超过 4 天，请提交相关证明材料

（注）在上述（5）项所述医疗机构出具的发票里，必须记载有以下 4 点。

- a. 支付的金额
- b. 支付人的姓名（必须跟申请者本人的姓名相同）
- c. 医疗机构的名称、地址、电话号码
- d. 支付日期（年、月、日）

* 请务必在发票的相应部分用下划线明确表示出支付的金额。另外，发票里包含申请者本人以外人员的医疗费等时，也请同样明确表示出本人所用金额。

* 请务必提交发票的原件。（在万不得已情况下，也可使用复印件）

2. “2013 年度的补助费”以 2013 年 1 月开始至 12 月之间所支付的医疗费为对象，年度补助费的限额为 17 万 9 千日元（连续入院期间在 4 天以上时则为 19 万 1 千日元）。

3. 请将这些材料（1.（1）至（6））务必在**2014年1月31日（星期五）**之前邮寄到下述机关。

另外，医疗费支付金额已超过年度补助费的限额 17 万 9 千日元（连续入院期间在 4 天以上时则为 19 万 1 千日元）时，即可随时邮寄。

在**2014年3月31日**之前进行补助费的汇款处理。在**3月31日**之前账户变更时，请务必联系我们。

4. 另外，在邮寄材料之前，请根据第 9 页的核查清单确认申请所必需的材料是否齐备。

关于此通知的问询处

一般財団法人日本公众衛生協会

细田（Hosoda）

电话（telephone） +81-3-3352-4281

传真（fax） +81-3-3352-4605

电子邮件（e-mail） zaigai@jpha.or.jp

[邮寄地址]

〒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

支給申请书

属于领取对象的确认通知编号				-					
读音		公历				性别			
姓名		大正 年 月 日生				男・女			
		昭和							
居住国家									
地址									
电话号码	(请从国家号开始填写)								
传真/e-mail									
汇款账户	金融机关名称								
	总(支)行名称(* 1)								
	总(支)行地址(* 2)								
	账户号码(* 3)								
	账户持有人(* 4)								
有无连续住院超过4天(* 5)					有 ・ 无				
入院期间(* 6)					月 日 ~ 月 日				
申请时有无领取补贴(* 7)					有 ・ 无				
申请金额	当地货币	(单位) (* 请勿填写)							
	日元	日元相当 (* 请勿填写)							

- * 1 总(支)行的名称必须填写。
- * 2 地址必须填写。
- * 3 请附上银行存折复印件等能够确认汇款账户的材料。
- * 4 必须使用领取对象者本人持有的账户。
- * 5 如连续住院超过4天,请在“有”处画○,并附上能够证明连续住院超过4天的材料。
- * 6 如连续住院超过4天,请填写入院期间。
- * 7 申请时已在领取健康管理补贴、保健补贴、医疗特别补贴、特别补贴或原子弹爆炸所致小头症补贴的人员,请在“有”处画○。

如上所述,附上有关材料,申请领取2013年度保健医疗补助费。

平成(或公历) 年 月 日

申请者姓名 印章或签名

(代理人申请时) 代理人姓名

代理人地址・电话号码

*填写我们能联系到的代理人的地址・电话号码。

长崎市市长 先生

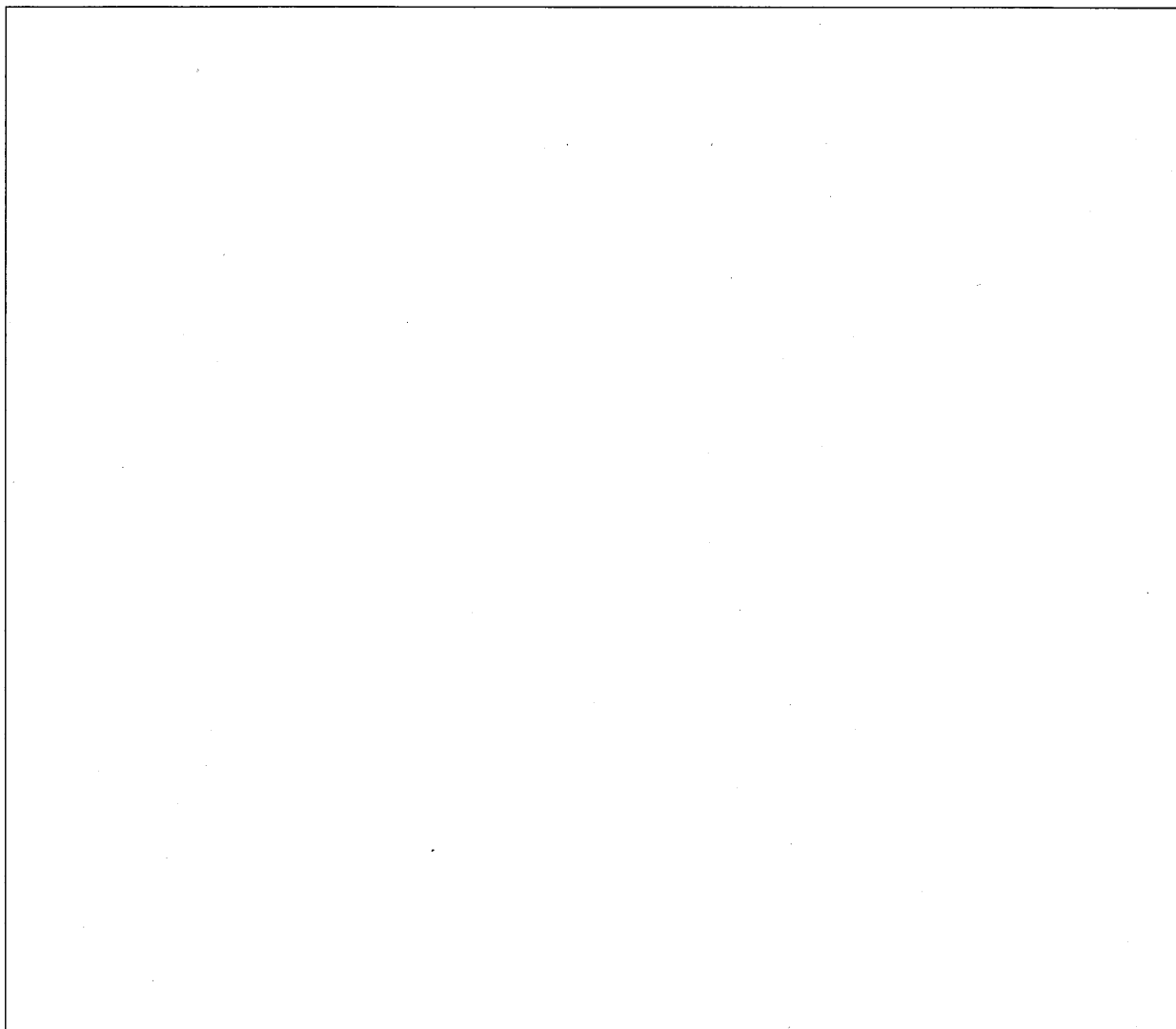
支給申请明细

	金额	摘要（有住院时，填写该医院的名称）
1月		
2月		
3月		
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
合计		

(注1) 请把和各月支付金额的有关发票按月份分开，贴在第6页的发票用纸上。

(注2) 请按居住国家的货币单位填写金额。

粘贴（ ）月的发票



(注 1): 发票必须记载有下述 4 点内容

- a. 支付的金额
- b. 支付人的姓名 (必须跟申请者本人的姓名相同)
- c. 医疗机关的名称、地址、电话号码
- d. 支付日期 (年、月、日)

(注 2): 请注意提交的发票无法归还。

(注 3): 此页可复印, 每月的发票贴一张。如果写明是哪个月的发票的话, 可以不按此页的格式。

确认内容变更申报书（预定就诊的医疗机构的变更）

平成（或公历） 年 月 日

长崎市市长 先生

地 址

姓 名

电话号码（ ） -

医疗机构名称	医疗机构地址	电话号码

确认内容变更申报书（姓名、地址、电话号码的变更）

平成（或公历） 年 月 日

长崎市市长 先生

(变更后的)地址

(变更后的)姓名

印章或签名

如下述所记加以变更，附上属于领取对象的确认通知书复印件，特此申报。

属于领取对象的确认通知编号				-					
姓名的变更	读音								
	变更前的姓名								
	读音								
	变更后的姓名								
地址的变更	变更前的地址								
	变更后的地址								
电话号码的变更	变更前的电话号码	(请从国家号开始填写)							
	变更后的电话号码	(请从国家号开始填写)							
变更的年月日		平成（或公历） 年 月 日							

* 请附上能够确认变更内容的材料以及能够证明本人身份的材料。

提交材料核查清单

*在提交材料之前，请根据此核查清单确认申请所必需的材料是否齐备。

核查栏	提交材料
<input type="checkbox"/>	支给申请书（第 4 页）
<input type="checkbox"/>	支给申请明细（第 5 页）
<input type="checkbox"/>	<p>申请日之前 1 个月以内政府机关发行的能确认本人的证明书(含户籍腾本抄本、公证人 (Notary Public) 出具的证明书、在留许可证、居住证明书等)</p> <p>* <u>提交支给申请书时已在领取健康管理补贴、保健补贴、医疗特别补贴、特别补贴或原子弹爆炸所致小头症补贴的人员，则没有必要提交。</u></p>
<input type="checkbox"/>	领取对象确认通知书、原子弹受害者健康手册、原子弹受害时状况确认证明书（原子弹受害确认证明书）中任一项的复印件
<input type="checkbox"/>	银行存折的复印件等能确认汇款账户的文件
<input type="checkbox"/>	<p>医疗机构出具的发票（贴在第 6 页的发票用纸上）</p> <p>*1：请务必在发票的相应部分用下划线明确表示出支付的金额。</p> <p>*2：发票里包含申请者本人以外人员的医疗费等时，也请同样明确表示出本人所用金额。</p>
<input type="checkbox"/>	能够证明连续住院超过 4 天的材料（只限于连续住院超过 4 天时）
<input type="checkbox"/>	确认内容变更申报书（只限于预定就诊的医疗机构（第 7 页）、地址等（第 8 页）发生变更时）