

敬告居住于日本国外的各位原子弹受害者

～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。

居住于日本国外、持有原子弹受害者健康手册或持有原子弹受害时状况确认证明书（原子弹受害确认证明书）的有关人员，可以接受医疗费补助。

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

(1) 为了确认是否属于本事业的对象人员，首先请提交下列文件。

1. 确认领取对象申请书（第 3 页的格式）
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
3. 原子弹受害者健康手册（盖有都道府县知事或市长印章之页）的复印件或原子弹受害时状况确认证明书（原子弹受害确认证明书）的复印件

4. 预定就诊的医疗机关名单（第 4 页的格式）

(2) 请将这些材料（(1) 1.~4.）**务必在 2013 年 11 月 29 日（星期五）之前** 邮寄到下述机关。将邮寄领取对象确认通知书，给被确认为本事业对象的人员。

(3) 另外，在邮寄书面材料之前，请根据第 5 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衆衛生協会

細田（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

确认领取对象申请书

读音		公历	性别
姓名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居住国家			
读音			
地址			
电话号码	(请从国家号开始填写)		
传真/e-mail			
类别	<input type="checkbox"/> 原子弹受害者健康手册 <input type="checkbox"/> 原子弹受害时状况确认证明书(或原子弹受害确认证明书) ※ 请选择一个在()里记入符号○。		
发行的都道府县・市			
原子弹受害者健康手册编号			-
原子弹受害时状况确认证明书(或原子弹受害确认证明书)编号			

如上述所记，附上有关材料，提出保健医疗补助费领取对象的确认申请。

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

预定就诊的医疗机构名单

(请填写您去看病的医疗机构或经常就诊的医疗机构等的信息)

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

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"/>	确认领取对象申请书（第 3 页）
<input type="checkbox"/>	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）
<input type="checkbox"/>	原子弹受害者健康手册或原子弹受害时状况确认证明书（原子弹受害确认证明书）的复印件
<input type="checkbox"/>	预定就诊的医疗机关名单（第 4 页）

给已确认为领取对象的人员

(1) 从长崎市收到“确认领取对象通知书”并申请 2013 年度补助费时, 请将下列材料务必在 **2014 年 1 月 31 日(星期五)** 之前邮寄到 一般财团法人日本公众卫生协会。

(i) 支給申请书

请在第 8 页至第 10 页的格式中填写必要的事项。

(ii) 银行存折的复印件等能确认汇款账户的文件

(iii) 医疗机构出具的发票

(iv) 如连续住院超过 4 天, 请提交相关证明材料

(注) 在上述 (iii) 项所述医疗机构出具的发票里, 必须记载有以下 4 点。

1) 支付的金额

2) 支付人的姓名 (必须跟申请者本人的姓名相同)

3) 医疗机构的名称、地址、电话号码

4) 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**（有连续入院期间 4 天以上时则为 **19 万 1 千日元**）。

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。

- (3) 另外，在邮寄材料之前，请根据第 11 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

一般财团法人日本公众卫生协会

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會

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

(代理人申请时)

申请者姓名

印章或签名

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

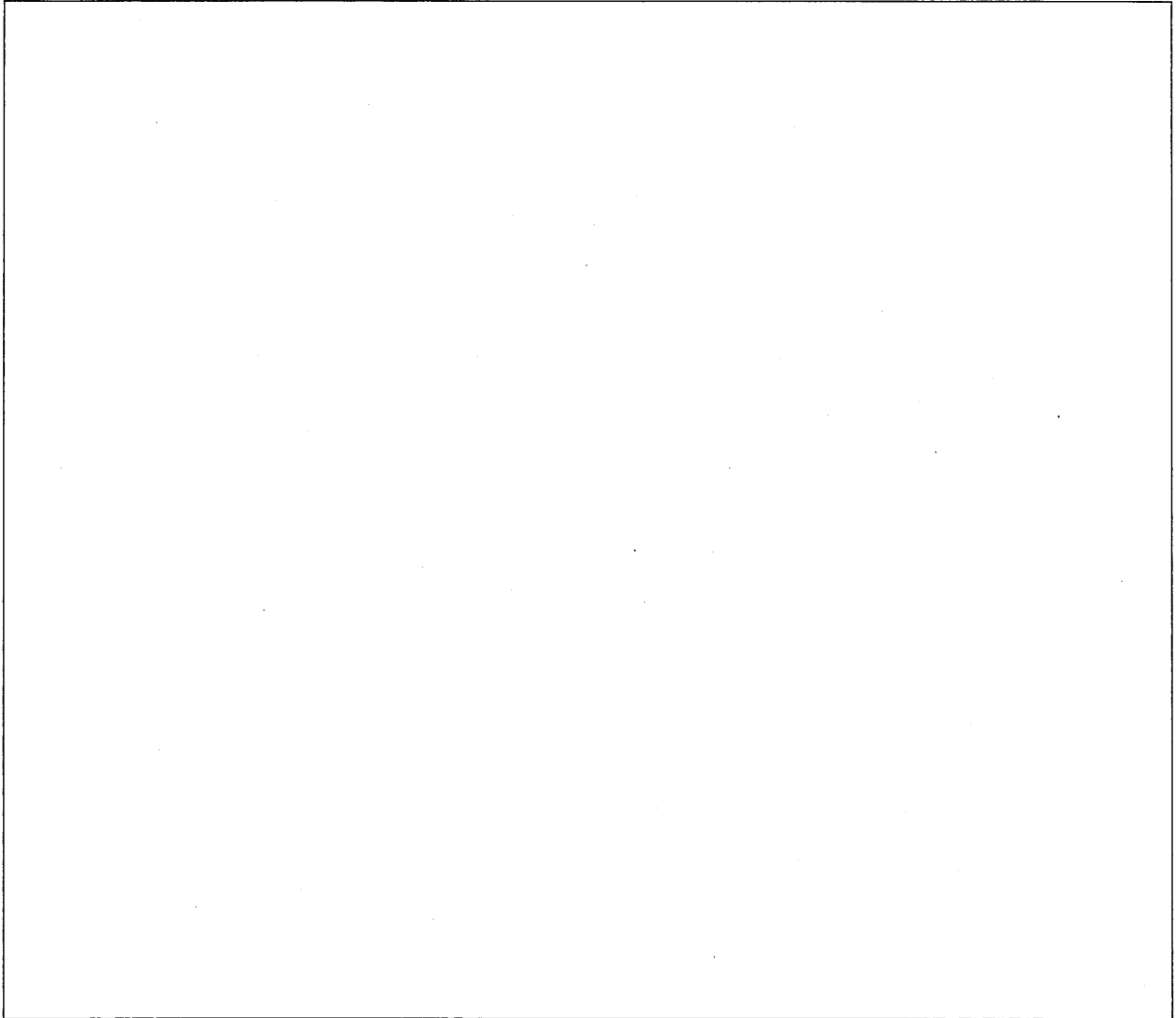
· 支給申请明细

	金额	摘要（有入院时，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10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

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

(注 2): 请留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。

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"/>	支給申请书（第8页）
<input type="checkbox"/>	支給申请明细（第9页）
<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"/>	医疗机构出具的发票（贴在第10页的发票用纸上） *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。 *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。
<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）