

신청 서류 및 의료기관 조사표 양식

목차

| | |
|---|----|
| ○ 신청서 | 1 |
| (건강관리수당인정, 보건수당인정, 보건수당액개정, 의료특별수당인정, 특별수당인정, 원자폭탄소두증수당인정) | |
| ○ 장례비지급신청서 | 5 |
| ○ 건강관리수당용 진단서 | 7 |
| ○ 보건수당용 진단서 | 9 |
| ○ 의료특별수당용 진단서 | 11 |
| ○ 원자폭탄소두증수당용 진단서 | 12 |
| ○ 계좌송금의뢰서 | 13 |
| ○ 위임장 | 14 |
| ○ 진술서 | 15 |
| ○ 성명변경신고서 | 16 |
| ○ 거주지변경신고서 | 17 |
| ○ 사망신고서 | 18 |
| ○ 의료기관 조사표 | 19 |

신청서

서기 년 월 일 제출

- 1. 건강관리수당인정
- 2. 보건수당인정
- 3. 보건수당액개정
- 4. 의료특별수당인정
- 5. 특별수당인정
- 6. 원자폭탄소두증수당인정

신청서

귀하

| 성명 | 인 | 생년월일 | | | | | | 성별 | |
|------------------|--|----------------------------|---|---------------------|---|---|-------|----|---|
| | | 서기 | 년 | 월 | 일 | 남 | 여 | | |
| 수첩에 기재되어 있는 거주지 | | 마지막으로 교부 받은 피폭자건강수첩에 관한 사항 | (도도부현·시의 명칭) | | | | | | 도(都)·도(道)·부(府)·현(縣)·시(市) (해당되는 것에 O 표를 하십시오) |
| | | | (수첩 번호) | | | | | | |
| 현재 거주지 | 주소 | | | | | | | | |
| | 전화번호 () | | | | | | | | |
| 건강관리수당의 수급 유무 | | 유 • 무 | 보건수당의 수급 유무 | | | | 유 • 무 | | |
| 의료특별수당의 수급 유무 | | 유 • 무 | 특별수당의 수급 유무 | | | | 유 • 무 | | |
| 원자폭탄소두증수당의 수급 유무 | | 유 • 무 | | | | | | | |
| 건강관리수당 | 원자폭탄피폭자 원호에 관한 법률 제 27 조 제 1 항에 규정된 장애를 수반하는 질병에 관한 사항 | 장애명 | 1 조혈기능 장애 | 7 신장기능 장애 | | | | | |
| | | | 2 간기능 장애 | 8 수정체 혼탁에 의한 시기능 장애 | | | | | |
| | | | 3 세포증식기능 장애 | 9 호흡기기능 장애 | | | | | |
| | | | 4 내분비선기능 장애 | 10 운동기기능 장애 | | | | | |
| | | | 5 뇌혈관 장애 | 11 궤양에 의한 소화기기능 장애 | | | | | |
| | | | 6 순환기기능 장애 | | | | | | |
| | | 병명(A) | | | | | | | |
| | 첨부 서류 | | | | | | | | |
| | 상기(A) 질병에 대한 진단서(건강관리수당용) | | | | | | | | |
| 보건수당 | 보건수당증서의 기호 번호 | | | | | | | | |
| | 원자폭탄피폭자 원호에 관한 법률 제 28 호 제 3 항 각 호의 1 에 해당할 경우에는 그 이유 | | 1 신체상 장애가 있는 사람 2 배우자, 자녀 및 손자(녀)가 아무도 없는 70 세 이상인 자로, 동거인이 없는 사람 | | | | | | |
| | 첨부 서류 | | 1. 상기 1 에 O 표를 한 경우에는 신체상 장애에 대한 진단서(보건수당용) 2. 상기 2 에 O 표를 한 경우에는 다음 (1), (2)의 서류 (1) 배우자(혼인신고는 하지 않았지만 사실상 혼인 관계에 있는 자를 포함), 자녀 및 손자(녀)가 아무도 없다는 공공기관의 증명서 (2) 동거인이 없다는 사실을 증명할 수 있는 공공기관의 증명서 3. 폭심지로부터 2 킬로미터 이내에서 피폭한 사실을 인정할 수 있는 서류(해당 서류가 없을 경우에는 해당 사실에 대한 진술서) | | | | | | |

건강관리수당을 신청할 경우

신청서

서기 〇〇년 〇〇월 〇〇일 제출

- ① 건강관리수당인정
- 2. 보건수당인정
- 3. 보건수당액개정
- 4. 의료특별수당인정
- 5. 특별수당인정
- 6. 원자폭탄소두증수당인정

신청서

'건강관리수당'에 〇 표를 하십시오.

피폭자건강수첩을 발행한 시나 도도부현(都道府縣)의 이름을 일본어 또는 영어로 가입하십시오.

귀하

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|---|--|---------------------|------|-------|---|---|---|
| 성명 | Taro Kousei | 인 | 생년월일 | 서기 〇〇년 〇〇월 〇〇일 | 성별 | 남 • 여 | | | |
| 수첩에 기재되어 있는 거주지 | xx-shi, xx-cho, x-chome, xxxx | 마지막으로 교부 받은 피폭자건강수첩에 관한 사항 | (도도부현·시의 명칭) | | | | | | |
| | | | 도(都)·도(道)·부(府)·현(縣)·시(市) (해당되는 것에 〇 표를 하십시오.) | | | | | | |
| | | | (수첩 번호) | | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 현재 거주지 | 주소 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA | | | | | | | | |
| | 전화번호 012 - 345- 6789 | | | | | | | | |
| 건강관리수당의 수급 유무 | 유 | •(무) | 보건수당의 수급 유무 | 유 | •(무) | | | | |
| 의료특별수당의 수급 유무 | 유 | •(무) | 특별수당의 수급 유무 | 유 | •(무) | | | | |
| 원자폭탄소두증수당의 수급 유무 | 유 | •(무) | | | | | | | |
| 건강관리수당 | 원자폭탄피폭자에 대한 원호에 관한 법률 제 27 조 제 1 항에 규정된 장애를 수반하는 질병에 관한 사항 | 장애명 | 1 조혈기능 장애 | 7 신장기능 장애 | | | | | |
| | | | 2 간기능 장애 | 8 수정체 혼탁에 의한 시기능 장애 | | | | | |
| | | | 3 세포증식기능 장애 | 9 호흡기능 장애 | | | | | |
| 4 내분비선기능 장애 | 10 운동기능 장애 | | | | | | | | |
| 5 뇌혈관 장애 | 11 궤양에 의한 소화기능 장애 | | | | | | | | |
| 6 순환기능 장애 | | | | | | | | | |
| | 병명(A) | Lung cancer | | | | | | | |
| 첨부 서류 | 상기(A) 질병에 대한 진단서(건강관리수당용) | | | | | | | | |
| 보건수당 | 보건수당증서의 기호 번호 | | | | | | | | |
| | 원자폭탄피폭자에 대한 원호에 관한 법률 제 28 호 제 3 항 각 호의 1 에 해당할 경우에는 그 이유 | 1 신체상 장애가 있는 사람 2 배우자, 자녀 및 손자(녀)가 아무도 없는 70 세 이상인 자로, 동거인이 없는 사람 | | | | | | | |
| | 첨부 서류 | 1. 상기 1 에 〇 표를 한 경우에는 신체상 장애에 대한 진단서(보건수당용) 2. 상기 2 에 〇 표를 한 경우에는 다음 (1), (2)의 서류 (1) 배우자(혼인신고는 하지 않았지만 사실상 혼인 관계에 있는 자를 포함), 자녀 및 손자(녀)가 아무도 없다는 공공기관의 증명서 (2) 동거인이 없다는 사실을 증명할 수 있는 공공기관의 증명서 3. 폭심지로부터 2 킬로미터 이내에서 피폭한 사실을 인정할 수 있는 서류(해당 서류가 없을 경우에는 해당 사실에 대한 진술서) | | | | | | | |

- 피폭자건강수첩을 보고, 수첩에 적혀 있는 언어로 가입하십시오.
- 인감이 없는 경우에는 사인을 해도 관계없습니다.

신분증명서 등에 기재되어 있는 현 거주지를 가입하십시오.

현재 수당을 지급 받고 있는 경우에는 해당 수당 란의 '유'에 〇 표를 하고, 수당을 지급 받고 있지 않은 경우에는 '무'에 〇 표를 하십시오.

- 진단서상의 장애 종류 난을 보고, 해당되는 장애명에 〇 표를 하십시오.
- 진단서상의 병명을 보고, 일본어 또는 영어로 가입하십시오.
- 진단서를 첨부하십시오.

| | | | | |
|-----------------------------|--|---|-------|-------------------|
| 의료특별수당 특별수당 원자폭탄소두증수당 | 법 제 11 조 제 1 항의 인정 유무 | | | 유 • 무 |
| | 원자폭탄피폭자에 대한 원호에 관한 법률 제 11 조 제 1 항에서 인정하는 부상 또는 질병의 명칭, 인정 번호 및 인정 연월일 | 부상 또는 질병의 명칭(B) | 인정 번호 | 인정 연월일 |
| | | | | 서기 년 월 일 |
| | 상기(B) 부상 또는 질병의 상태 | 별지 진단서 참조 | | |
| | 첨부 서류 | 1. 의료특별수당 상기(B)의 부상 또는 질병에 대한 진단서(의료특별수당용) 2. 원자폭탄소두증수당 진단서(원자폭탄소두증수당용) 주: 단 상기 B 란에 기입한 부상 또는 질병의 명칭이 소두증 또는 근거리조기태내피폭증후군인 경우에는 진단서를 첨부할 필요가 없습니다. | | |
| 비고 | | | | |

기입상의 주의사항

- 1 '성명' 및 '수첩에 기재되어 있는 거주지'는 피폭자건강수첩에 기재되어 있는 언어와 같은 언어로 기입하십시오.
- 2 '병명' 및 '부상 또는 질병의 명칭'은 일본어 또는 영어로 기입하십시오.
- 3 성명은 기명 날인 또는 서명하십시오.

○ 아래는 영사관 등의 직원이 기입하므로 비워 두십시오.

| | |
|-------------|---|
| 접수 연월일 : | 서기 년 월 일 |
| 영사관 등의 명칭 : | 재 대사관/총영사관 |
| 담당자 : | _____ |

장례비를 신청할 경우

장례비지급신청서

귀하

서기 〇〇년 〇〇월 〇〇일 제출

피폭자건강수첩을 발행한 시나 도도부현(都道府縣)의 이름을 일본어 또는 영어로 기입하십시오.

| | | | | | |
|--------|---|---|--------------------------|-------|--|
| 성명 | Hanako Kousei | 인 | 사망 피폭자와의 관계 | Wife | |
| 거주지 | 주소 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA 전화번호 012 - 345- 6789 | | | | |
| 장례일 | 서기 〇〇년 〇〇월 〇〇일 | | | | |
| 사망 피폭자 | 성명 | Taro Kousei | 서기 〇〇년〇〇월 〇〇일 생 | 남 • 여 | |
| | 사망 당시 거주지 | 1234 Kousei Street, San Francisco, CA94000, USA | | | |
| | 마지막으로 교부 받은 피폭자건강수첩에 관한 사항 | (도도부현 · 시의 명칭) 〇〇도(都)·도(道)·부(府)·현(縣)(시)市) | (수첩 번호) 1 2 3 4 5 6 7 | | |
| | 사망 연월일 | 서기 〇〇년 〇〇월 〇〇일 | | | |
| | 사망 장소 | Kousei Hospital | | | |
| | 사망 원인 | Lung cancer | | | |
| | 유족 유무 | <input checked="" type="radio"/> 유 ①. 배우자 ②. 자녀 3. 부모 4. 손자(녀) 5. 조부모 6. 형제자매) <input type="radio"/> 무 불명 | | | |

신분증명서 등에 기재되어 있는 이름, 거주지 등을 기입하십시오.

피폭자건강수첩을 보고, 수첩에 적혀 있는 언어로 기입하십시오.

사망 당시의 거주지를 기입하십시오.

피폭자건강수첩을 보고, 수첩에 적혀 있는 언어로 기입하십시오.

사망 및 사인을 확인할 수 있는 서류를 보고, 일본어 또는 영어로 기입하십시오.

해당 난에 O 표를 하십시오.

기입상의 주의사항

- 1 '성명' 및 '마지막으로 교부 받은 피폭자건강수첩에 관한 사항'은 피폭자건강수첩에 기재되어 있는 언어와 같은 언어로 기입하십시오.
- 2 '사망 장소' 및 '사망 원인'은 일본어 또는 영어로 기입하십시오.
- 3 성명은 기명 날인 또는 서명하십시오.

첨부 서류

이 신청서에는 사망 및 사인을 확인할 수 있는 서류를 첨부하십시오.

○ 아래는 영사관 등의 직원이 기입하므로 비워 두십시오.

| | |
|-------------|----------------------------|
| 접수 연월일 : | 서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일 |
| 영사관 등의 명칭 : | 재 _____ 대사관/총영사관 |
| 담당자 : | _____ |

별표 제 1

1. 양쪽 눈 시력의 합이 0.08 이하
 2. 양쪽 귀의 청력 손실이 80 데시벨 이상
 3. 평형기능에 매우 현저한 장애가 있음
 4. 음성 또는 언어기능을 상실
 5. 양쪽 상지의 엄지손가락 및 집게손가락 결손
 6. 양쪽 상지의 엄지손가락 및 집게손가락 기능에 현저한 장애가 있음
 7. 한쪽 상지의 기능에 현저한 장애가 있음
 8. 한쪽 상지의 모든 손가락 결손
 9. 한쪽 상지의 모든 손가락 기능을 상실
 10. 양쪽 하지의 쇼파 관절 이상 결손
 11. 양쪽 하지의 기능에 현저한 장애가 있음
 12. 한쪽 하지의 대퇴부 1/2 이상 결손
 13. 한쪽 하지의 모든 기능 상실
 14. 체간(體幹)의 기능에 걸기 어려울 정도의 장애가 있음
 15. 위의 각 호에 제시한 장애 외에, 신체 기능의 장애 또는 안정을 필요로 하는 증상이 위의 각 호와 동등한 정도 이상이라고 인정되는 상태로서, 가정 내에서의 일상생활이 현저한 제한을 받거나 가정 내에서의 일상생활에 현저한 제한을 가할 필요가 있음
 16. 신체 기능의 장애 또는 증상이 중복되고, 그 상태가 위의 각 호와 동등한 정도 이상이라고 인정됨
 17. 두부, 안면 등에 일상생활을 영위하는데 현저한 제한을 받을 정도의 추상(醜狀)을 남김
- 비고 시력은 만국식 시력표를 이용하여 측정해야 하고, 굴절 이상이 있는 장애에 대해서는 교정시력으로 측정한다.

원자폭탄소두증수당용 진단서

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----|----|----|----|--------|----|---|---|-------|--|
| 성명 | | | | | 서기 | 년 | 월 | 일 | 생 | 남 • 여 | |
| 거주지 | | | | | | | | | | | |
| 소두증 증상의 유무 | 유 • 무 | | | | | | | | | | |
| 소두증의 증상이 원자폭탄 방사능의 영향에 의한 것이 아니라는 사실이 명확할 경우에는 그런 취지의 의견 | | | | | | | | | | | |
| 출생시 상태 | 신생아 재태주수 | | | | | 출생시 체중 | | | | | |
| | 만 주 | | | | | g | | | | | |
| 기왕력 | 간질 | | | | | 기타 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 발육 지연 상태 | | | | | | | | | | | |
| 현재증상 | 신장 | | cm | 체중 | kg | 두위 | cm | | | | |
| | 변질징후 | 두부 | | | | | | | | | |
| | | 안부 | | | | | | | | | |
| | | 피부 | | | | | | | | | |
| | | 척추 | | | | | | | | | |
| | | 사지 | | | | | | | | | |
| | 생활적응능력 | | | | | | | | | | |
| | 기타 소견 | | | | | | | | | | |
| 기타 특기 사항 | | | | | | | | | | | |
| 소두증에 의한 정신상 또는 신체상 장애가, 일상생활이 현저한 제한을 받거나 또는 일상생활에 현저한 제한을 가할 필요가 있는 정도의 장애인지 여부에 대한 의견 | | | | | | | | | | | |
| <p>이상과 같이 진단합니다.</p> <p>서기 년 월 일</p> <p style="text-align: right;">의료기관명</p> <p style="text-align: right;">소재지</p> <p>(진단서의 유효기간은 신청일 전 1 개월입니다.) 의사 성명 인(날인 또는 사인)</p> | | | | | | | | | | | |

기입상의 주의사항

‘성명’, ‘거주지’, ‘의료기관 명칭’, ‘소재지’ 및 ‘의사 성명’ 이외는 일본어 또는 영어로 기입하십시오.

계좌송금의뢰서

서기 년 월 일

_____ 귀하

피폭자건강수첩 번호

수취인 성명

수취인 주소

원자폭탄 피폭자에 대한 원호에 관한 법률에 근거한 수당을 아래의 본인 명의 계좌로 송금해 주시기 바랍니다.

아래

| | |
|----------|--|
| 지불은행 | |
| 은행 코드 | |
| 지점명 | |
| (지점)주소 | |
| 국가 | |
| 계좌번호 | |
| 계좌명의인 | |
| 수취인 전화번호 | |
| 수취인 거주국 | |

*활자체로 기입하십시오.

위임장

서기 년 월 일

_____ 귀하

위임자

주소 _____

성명 _____인
(날인 또는 사인)

피폭자건강수첩 번호

본인은 아래 수임자에게 _____의 신청에 필요한 서류 제출에 관한 일체의 권한을 위임합니다.

아래

수임자

주소 _____

성명 _____인

사인 _____

진술서

서기 년 월 일

_____ 귀하

주소 _____

성명 _____ 인
(날인 또는 사인)

피폭자건강수첩 번호

본인은 재 _____ 대사관/총영사관에 가서 직접 수당을 신청할 수 없는 사유에 대하여 다음과 같이 진술합니다.

| |
|----------------------|
| 진술 내용(구체적으로 기입하십시오.) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

성명변경신고서

_____ 귀하

서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일

아래와 같이 성명을 변경하였으므로 이에 신고합니다.

| 피폭자건강수첩 번호 | 성명 | 생년월일 | 성별 |
|------------|-------------|-------|-------|
| | 인(날인 또는 사인) | 년 월 일 | 남 • 여 |
| 변경전 성명 | | | |
| 변경후 성명 | | | |
| 변경 연월일 | 년 월 일 | | |
| 비고 | | | |

* 성명을 변경한 사실을 확인할 수 있도록 공공기관이 발행한 증명서를 첨부하십시오.

거주지변경신고서

_____ 귀하

서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일

아래와 같이 거주지를 변경하였으므로 이에 신고합니다.

| 피폭자건강수첩 번호 | 성명 | 생년월일 | 성별 |
|------------|-------------|-------|-------|
| - | 인(날인 또는 사인) | 년 월 일 | 남 • 여 |
| 신 거주지 | | | |
| 구 거주지 | | | |
| 변경 연월일 | 년 월 일 | | |
| 비고 | | | |

사망신고서

_____ 귀하

서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일

| | | | |
|-----|----------------|----------------|--|
| 성명 | 인(날인 또는 사인) | 사망 피폭자와의 관계 | |
| 거주지 | 주소 전화번호 | | |

| | | |
|-------------|------------|-------------------------|
| 사 망 자 | 성명 | |
| | 사망 당시 거주지 | |
| | 피폭자건강수첩 번호 | |
| | 사망 연월일 | _____ 년 _____ 월 _____ 일 |

* 사망을 증명하는 서류(사망진단서 사본 등)를 첨부하십시오.

* 피폭자건강수첩 및 수당증서를 함께 반환하십시오.

수첩을 분실한 경우에는 아래에 서명과 날인 또는 사인을 하십시오.

피폭자건강수첩 분실신고서

피폭자건강수첩을 분실하였으므로 이에 신고합니다.

신고자 성명

인(날인 또는 서명)

의료기관 조사표

1 의료기관

| | | | |
|-----------|--|-------|--|
| 국가 또는 지역명 | | 재외공관명 | |
| 의료기관명 | | | |
| 소재지 | | | |
| 전화번호 | | | |

2 진단 및 검사 가능 여부

(1) 진단 항목(진단 가능한 질병에 '✓'표를 하십시오.)

| 장 애 | 병 명 |
|-----------------------|--|
| (1) 조혈기능 장애 | <input type="checkbox"/> 재생불량성 빈혈, <input type="checkbox"/> 철결핍성 빈혈 |
| (2) 간기능 장애 | <input type="checkbox"/> 간경변 |
| (3) 세포증식기능 장애 | <input type="checkbox"/> 악성 신생물 |
| (4) 내분비선기능 장애 | <input type="checkbox"/> 당뇨병, <input type="checkbox"/> 갑상선기능저하증, <input type="checkbox"/> 갑상선기능항진증 |
| (5) 뇌혈관 장애 | <input type="checkbox"/> 거미막하 출혈, <input type="checkbox"/> 뇌출혈, <input type="checkbox"/> 뇌경색 |
| (6) 순환기기능 장애 | <input type="checkbox"/> 고혈압성 심질환, <input type="checkbox"/> 만성 허혈성 심질환 |
| (7) 신장기능 장애 | <input type="checkbox"/> 네프로제 증후군, <input type="checkbox"/> 만성 신염, <input type="checkbox"/> 만성 신부전, <input type="checkbox"/> 만성 사구체신염 |
| (8) 수정체 혼탁에 의한 시기능 장애 | <input type="checkbox"/> 백내장 |
| (9) 호흡기기능 장애 | <input type="checkbox"/> 폐기종, <input type="checkbox"/> 만성간질성 폐렴, <input type="checkbox"/> 폐선유증 |
| (10) 운동기기능 장애 | <input type="checkbox"/> 변형성 관절증, <input type="checkbox"/> 변형성 척추증 |
| (11) 궤양에 의한 소화기기능 장애 | <input type="checkbox"/> 위궤양, <input type="checkbox"/> 십이지장궤양 |

(2) 검사 항목(검사 가능한 항목에 '✓'표를 하십시오.)

| 검 사 항 목 | |
|---------|--|
| (1) | 혈액검사 |
| | <input type="checkbox"/> 말초혈액(혈색소 양, 과립구 수, 적혈구 수, 병적 세포, 망적혈구, 혈소판 수, 백혈구 수) |
| | <input type="checkbox"/> 골수(유핵세포 수, 거핵구 수, 림프구) |
| (2) | <input type="checkbox"/> 간기능 검사(혈청 총단백, A/G 비, 빌리루빈, GOT, GPT, LDH, ALP, ZTT, ICG) |
| (3) | <input type="checkbox"/> 요검사(혼탁, 당, 단백, 우로빌리노겐) |
| (4) | <input type="checkbox"/> 분변잠혈 반응검사 |
| (5) | <input type="checkbox"/> 신장기능 검사(PSP, 농축시험 최고 요비중) |
| (6) | <input type="checkbox"/> 기초대사 측정 |
| (7) | <input type="checkbox"/> 혈당 측정(공복시, 당부하시험(부하 전, 60 분 후, 120 분 후)) |
| (8) | <input type="checkbox"/> 폐기능 검사(폐활량, 일초율) |
| (9) | <input type="checkbox"/> 조직병리진단 |
| (10) | <input type="checkbox"/> 혈압 측정(최대, 최소) |
| (11) | <input type="checkbox"/> X 레이 검사(흉부, 복부, 운동기관) |
| (12) | <input type="checkbox"/> 심전도(ST 변화, T 변화, 부정맥) |
| (13) | <input type="checkbox"/> 내시경 검사 |
| (14) | <input type="checkbox"/> 안과학적 검사(시력, 수정체 혼탁 유무, 수정체 혼탁 성상) |
| (15) | <input type="checkbox"/> 신경기능 검사(사지 마비, 언어 장애) |

3 비고

- * 진단서에 기재하는 질병 또는 검사가 상기 2 의 (1) 및 (2)에 기재되어 있는 질병 또는 검사 이외의 것인 경우, 해당 질병의 진단 또는 검사가 가능한지 여부에 대하여 기입하십시오.

이상과 같이 회답합니다.

서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일

성명 _____ 인
(날인 또는 사인)