

医療費等の申請に関するご案内

～ 資料目次 ～

- はじめに(2つの助成制度の概要) 1
- 申請書類の選び方(フローチャート) 2
- 1. 保健医療助成費の申請(詳細) 3
 - ・ 各居住国通貨における保健医療助成費の支給上限額一覧
 - ・ 対象者
 - ・ 対象となる医療費等
 - ・ その他 (法律に基づく医療費の申請、提出期限)
 - ・ 申請手続
- 2. 法律に基づく医療費の申請(詳細) 6
 - ・ 対象者
 - ・ 対象となる医療費
 - ・ その他
 - ・ 申請手続
 - ・ 在外被爆者への医療費支給について【計算方法】

<申請様式等>

○保健医療助成費(医療費)の申請手続	<青色書類>(申請様式)
○法律に基づく医療費の申請手続	<桃色書類>(申請様式)

このご案内は、厚生労働省ホームページからもダウンロードできます。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakuni-tsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/genbaku/genbaku03/index.html



二次元バーコード

医療費等の申請に関するご案内

～ はじめに ～

2023年8月
厚生労働省
広島県

日本国外に居住する方の（居住国での）医療費の自己負担分について、次の2つの助成制度がありますので、その申請手続きをご案内します。

年間の自己負担分が

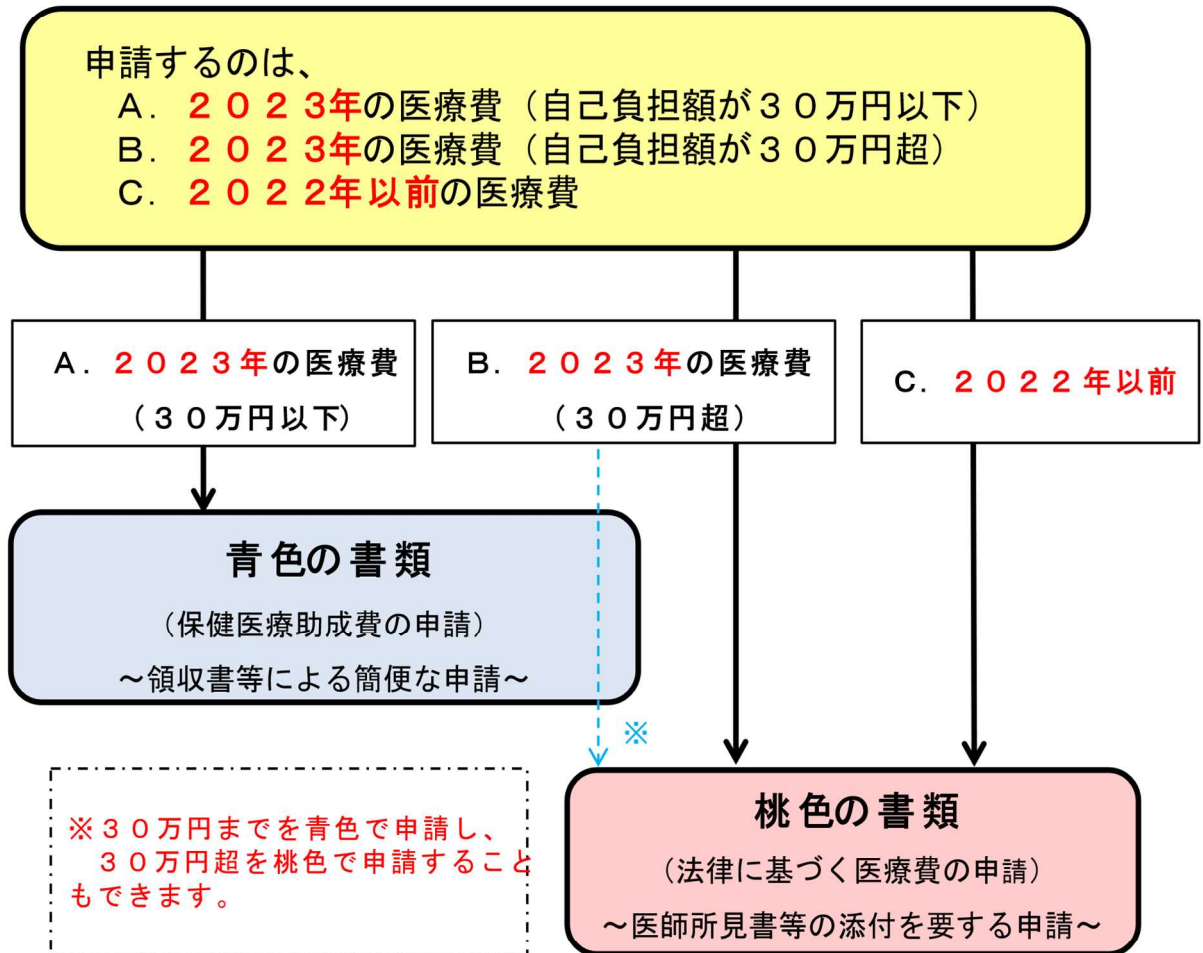
- ・ 30万円以下の方は、「1. 保健医療助成費」をご利用ください。
- ・ 30万円を超える場合は、「2. 法律※に基づく医療費」として申請してください。

※被爆者援護法

【概要】

	1. 保健医療助成費 (自己負担が30万円以下)	2. 法律に基づく医療費 (自己負担が30万円超)
申請書類等	領収書を添付する簡便な申請方法 ○ 申請書 ○ 領収書	医師所見書等の添付を要する申請 ○ 申請書 ○ 領収書 ○ 医師所見書等 (医療機関や薬局で発行される病名や治療内容の詳細が分かる医師所見書等の提出)
	詳細は青色の書類をご参照ください。	詳細は桃色の書類をご参照ください。
提出先	日本公衆衛生協会	日本公衆衛生協会
期限	2024年1月31日必着	—
限度額等	30万円/年(1～12月分)を限度に助成する。	日本の診療報酬の例により算定した額が支給限度額となる。
備考	年間支給上限額30万円までは、提出期限内で、何度でも申請できます。	日本で同様の治療が行われた場合の費用を算定するため、審査にかなりの時間を要します。

【 申請書類の選び方～このフローチャートでご確認下さい～ 】



ご不明な点がある場合は、日本公衆衛生協会へお問い合わせください。
[TEL:+81-3-3352-4285](tel:+81-3-3352-4285) E-mail:zaigai@jpha.or.jp

※桃色の書類による申請は、30万円の支給上限額を超えていなくても行えますが、手続きが煩雑になります。

1. 保健医療助成費の申請 (領収書等による簡便な申請)

領収書等による簡便な手続で、年間30万円を支給上限額*とし、保健医療助成費の支給を受けることができます。

- * 各居住国の通貨に換算した支給上限額を次ページの表でお示しします。2023年1月～12月までの1年間に支払った医療費については、表中「保健医療助成費の支給上限額」の範囲内において、保健医療助成費の申請を行うことができます。

支給額の決定は、居住国通貨で行います。支払の際、受け取る通貨によって、金額は為替レートの影響を受けます。円口座でお受け取りになる場合も、円での支給額の上限が、ご案内に記載の「30万円」から変動しますので、ご承知ください。

各居住国通貨における保健医療助成費の支給上限額一覧

(2023年1月～12月までの1年間に支払った医療費等)

国または地域	通貨単位	保健医療助成費の 支給上限額	
アルゼンチン共和国	アルゼンチン・ペソ	441,177	ARS
オーストラリア連邦	オーストラリア・ドル	3,288	AUD
ボリビア多民族国	ボリビア・ノ	14,606	BOB
ブラジル連邦共和国	レアル	10,601	BRL
カナダ	カナダ・ドル	2,994	CAD
中華人民共和国	人民元	15,268	CNY
EU	ユーロ	2,065	EUR
インドネシア共和国	ルピア	30,000,000	IDR
メキシコ合衆国	ニューペソ	35,757	MXN
フィリピン共和国	フィリピン・ペソ	115,831	PHP
シンガポール共和国	シンガポール・ドル	2,978	SGD
スウェーデン王国	スウェーデン・クローナ	22,745	SEK
スイス連邦	スイス・フラン	2,054	CHF
台湾	ニュー台湾ドル	66.965	TWD
タイ王国	バーツ	75,567	THB
英国	UKポンド	1,788	GBP
アメリカ合衆国	アメリカ合衆国ドル	2,237	USD
ウルグアイ東方共和国	ウルグアイ・ペソ	87,720	UYU
ベトナム社会主義共和国	ドン	49,180,328	VND

※2023年4月当初のレートに準拠

※ご不明な点がある場合は、日本公衆衛生協会へお問い合わせください。

(1) 対象者

- 居住国で医療費の自己負担が生じた方
- 対象者が死亡した場合、対象者に代わる遺族

(2) 対象となる医療費等

次の費用について、年間30万円を上限(3ページ*参照)に支給します。

- 2023年1月～12月までの1年間に支払った
 - ・ 自己負担した医療費
 - ・ 健康診断費用

(3) 提出期限

申請書の最終提出期限は、2024年1月31日(水)です。申請のお忘れがないよう、ご注意ください。

なお、最終提出期限までは、申請金額の合計が年間支給上限額30万円(3ページ*参照)に到達するまで、何度でも申請できます。

受付した申請から、順次、審査しますが、審査のための期間が必要となりますので、申請から振り込みまでに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

(4) 申請手続

青色の書類を参照のうえご提出ください

(5) その他(法律に基づく医療費の申請について)

医療費の自己負担のうち年間支給上限額30万円(3ページ*参照)を超えた額については、6ページでご案内する法律に基づく医療費の申請を行うことができます。この場合は、医療機関や薬局で発行される病名や治療内容の詳細が分かる医師所見書等の提出が必要になります。

2. 法律に基づく医療費の申請 (30万円を超えた場合等の申請)

1. 保健医療助成費申請の年間支給上限額30万円(3ページ*参照)を超えた自己負担部分は、被爆者援護法に基づく医療費の申請を行うことができます。

30万円までの自己負担額は3ページの保健医療助成費(領収書等による簡便な申請)をご利用できますので、ご検討ください。

(1) 対象者

- 保健医療助成費の年間支給上限額30万円(3ページ*参照)を超過して自己負担額が生じた方
- 対象者が死亡した場合、対象者に代わる遺族

(2) 対象となる医療費

自己負担した医療費

※ただし、次の医療費は支給の対象とすることができません。

- ① 入院時の差額室料や証明書発行手数料など、日本の公的医療保険では診療行為として認められていないもの
- ② インプラントや先進医療など、日本の公的医療保険では保険対象となっていないもの
- ③ 保健医療助成費で助成を受けるもの 等

【日本の公的医療保険で対象にならない主な例】

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ 診療行為として認められていないもの<ul style="list-style-type: none">・ 入院時の差額室料・ 病衣代、おむつ代・ 文書料、証明書発行手数料・ 介護施設費、介護費用および介護施設入居費の頭金・ 老人ホームの入居費○ 給付対象となっていない診療行為や補装具など<ul style="list-style-type: none">・ インプラント治療費・ 処方箋によらない薬剤費やサプリメント代・ 治療目的ではない健康診断費用・ 予防接種・ 先進医療・ メガネや補聴器、歩行器や車いすなどの補装具 等 |
|---|

(3) 申請手続

桃色の書類を参照のうえご提出ください。

(4) その他

- 法律に基づく医療費の申請は、30万円(3ページ*参照)の年間支給上限額を超過していなくても行うことができますが、病名や治療内容が分かる医師所見書等の書類が必要で、手続が煩雑になります。

また、日本で同様の治療が行われた場合の費用を算定するため、審査にかなりの時間を要します。

そのため、法律に基づく医療費の申請の場合には、保健医療助成費(領収書等による簡便な申請)よりも支給までに時間がかかります。あらかじめご了承ください。

- 以下の期間について、必要な書類を添付して法律に基づく医療費の申請をいただければ、審査の上で自己負担した医療費をお支払いできる場合があります。
 - ・ 2004年以降で保健医療助成費の支給を受けていない期間
 - ・ 被爆者健康手帳を取得してから2003年までの期間

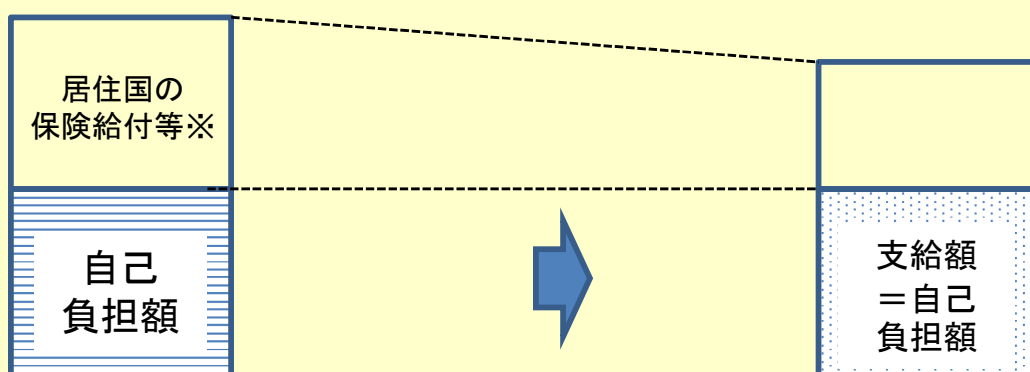
【計算方法】

①居住国の医療の内容が日本の医療の内容に近く、計算後の額が自己負担額を上回る場合

⇒ **自己負担額を支給**

※日本の診療報酬に換算しても、その額が自己負担額を上回るため、自己負担額と同額を支給

(居住国の医療費) (日本の診療報酬に換算)

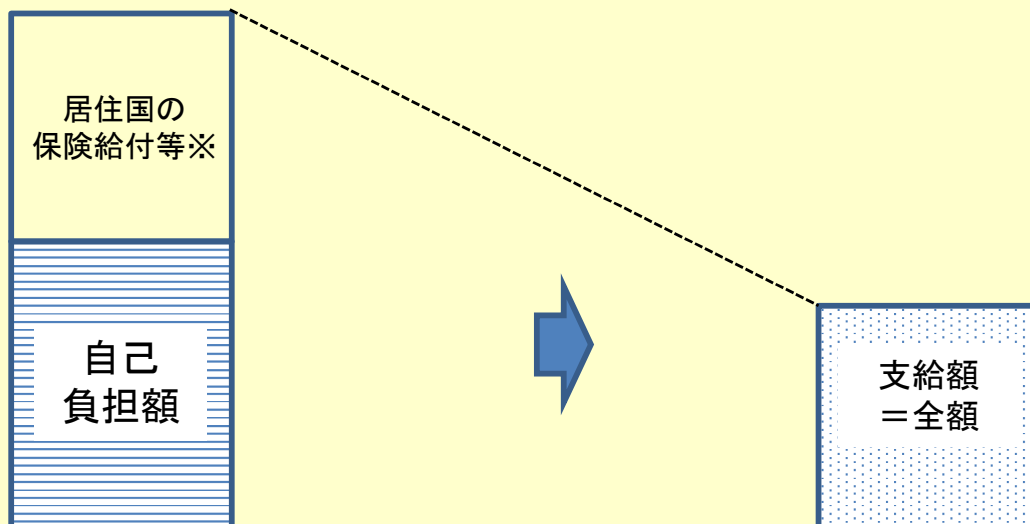


②居住国の医療の内容が日本の医療の内容より相当高額の場合

⇒ **日本の診療報酬に換算した額を全額支給**

※ただし、自己負担額が支給額を上回る

(居住国の医療費) (日本の診療報酬に換算)



※公的保険給付、民間保険給付、その他当該医療に対する給付を含む。

保健医療助成費（医療費）の申請手続 （領収書等による簡便な申請手続（医療費））

◆次の1～12（7～12は該当する方のみ）の書類を提出してください

チェック	番号	提出書類
<input type="checkbox"/>	1	保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書（様式第5号）
<input type="checkbox"/>	2	振込先口座確認書類（通帳の写しや小切手等）
<input type="checkbox"/>	3	保健医療助成費支給申請内訳（様式第5号の2）
<input type="checkbox"/>	4	<p>次の4点が確認できる領収書等の書類</p> <p>①支払った金額 ②医療を受けた者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること） 申請者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本人分のみに下線を引いてください。 ③医療機関の名称、所在地、電話番号 ④支払い年月日</p> <p>※ 必要に応じて以下の書類も添付してください。 ・医師の処方により薬局で薬を購入した場合：処方箋 ・民間保険給付を受けた場合：保険給付等の証明書</p>
<input type="checkbox"/>	5	受給対象確認通知書、被爆者健康手帳、被爆時状況確認証のいずれかの写し
<input type="checkbox"/>	6	受診医療機関リスト（様式第6号）

以下の書類は必要に応じて提出してください。

<input type="checkbox"/>	7	<p>本人確認書類</p> <p>※各種手当（健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別手当）を受給されていない方は、以下のいずれか1点を提出してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・戸籍謄本・抄本・公証人による証明書（Notary public）、 ・在留許可証・居住証明書等（申請日前1か月以内に発行されたもの）
<input type="checkbox"/>	8	<p>確認内容変更届（様式第7号）</p> <p>※ 住所等の変更があった場合のみご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/>	9	<p>保健医療助成費支給申請書（死亡後申請用） （様式第8号）※ 1の代わりに9を提出してください。</p>
<input type="checkbox"/>	10	<p>死亡届（様式第9号）</p> <p>※ 死亡年月日が確認できる書類（公的機関または病院で発行された死亡証明書）を添付してください。</p>
<input type="checkbox"/>	11	<p>家族関係または財産相続権があることを証明できる書類</p>
<input type="checkbox"/>	12	<p>受取人の振込先口座の確認書類（必ず死亡後申請者名義の口座としてください）</p> <p>※ 9～12の書類は、死亡した被爆者の医療費を遺族が申請する場合のみご提出ください。</p>

◆申請書の提出時期など

【最終提出期限：2024年1月31日（水）必着】

最終提出期限までは、申請金額の合計が年間支給上限額30万円に到達するまでは、何度でも申請を行うことができます。

受付した申請から、順次、審査しますが、審査のための時間が必要となりますので、申請から振り込みまでに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

【保健医療助成費（医療費）申請書類提出先】

〒160-0022 (JAPAN)
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
電話 +81-3-3352-4285
ファックス +81-3-3352-4605
電子メール zaigai@jpha.or.jp



〒160-0022 (JAPAN)
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
電話 +81-3-3352-4285
ファックス +81-3-3352-4605
電子メール zaigai@jpha.or.jp



〒160-0022 (JAPAN)
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
電話 +81-3-3352-4285
ファックス +81-3-3352-4605
電子メール zaigai@jpha.or.jp



〒160-0022 (JAPAN)
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
電話 +81-3-3352-4285
ファックス +81-3-3352-4605
電子メール zaigai@jpha.or.jp



点線から切り取って、送付時のラベルとしてご利用ください。

複数回申請することが見込まれる場合には、3ページから9ページの様式をあらかじめ複写しておいて（用紙の色は白色で構いません。）利用していただくか、申請用紙の追加送付を上記の日本公衆衛生協会へご連絡ください。

様式第5号

保健医療助成費支給申請書兼受給対象確認申請書（医療費）

受給対象確認通知番号				—				
(初めての申請で、受給対象確認通知番号がない場合は、次のいずれかの番号を記載の上、写しを添付してください。)								
被爆者健康手帳番号（公費負担医療の受給者番号）								
被爆時状況確認証（又は被爆確認証）番号								
フリガナ		西暦					性別	
氏名		大正 年 月 日生					男・女	
		昭和						
居住国								
住所								
電話番号	(国番号から記載すること)							
FAX/E-mail	(ご家族の連絡先も記載可能)							
振込口座 ※1	金融機関名							
	本（支）店名							
	本（支）店住所							
	口座番号							
	口座名義人							
	IBANコード※2							
申請時点での手当受給の有無※3		有 ・ 無						
自己負担額	現地通貨							(単位)

※1 振込口座について

- ・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。
- ・必ず申請者名義の口座としてください。

※2 IBANコードは、南米または欧州地域にお住まいの方のみ記入してください。

※3 この申請の時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別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、2023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。

年 月 日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

(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

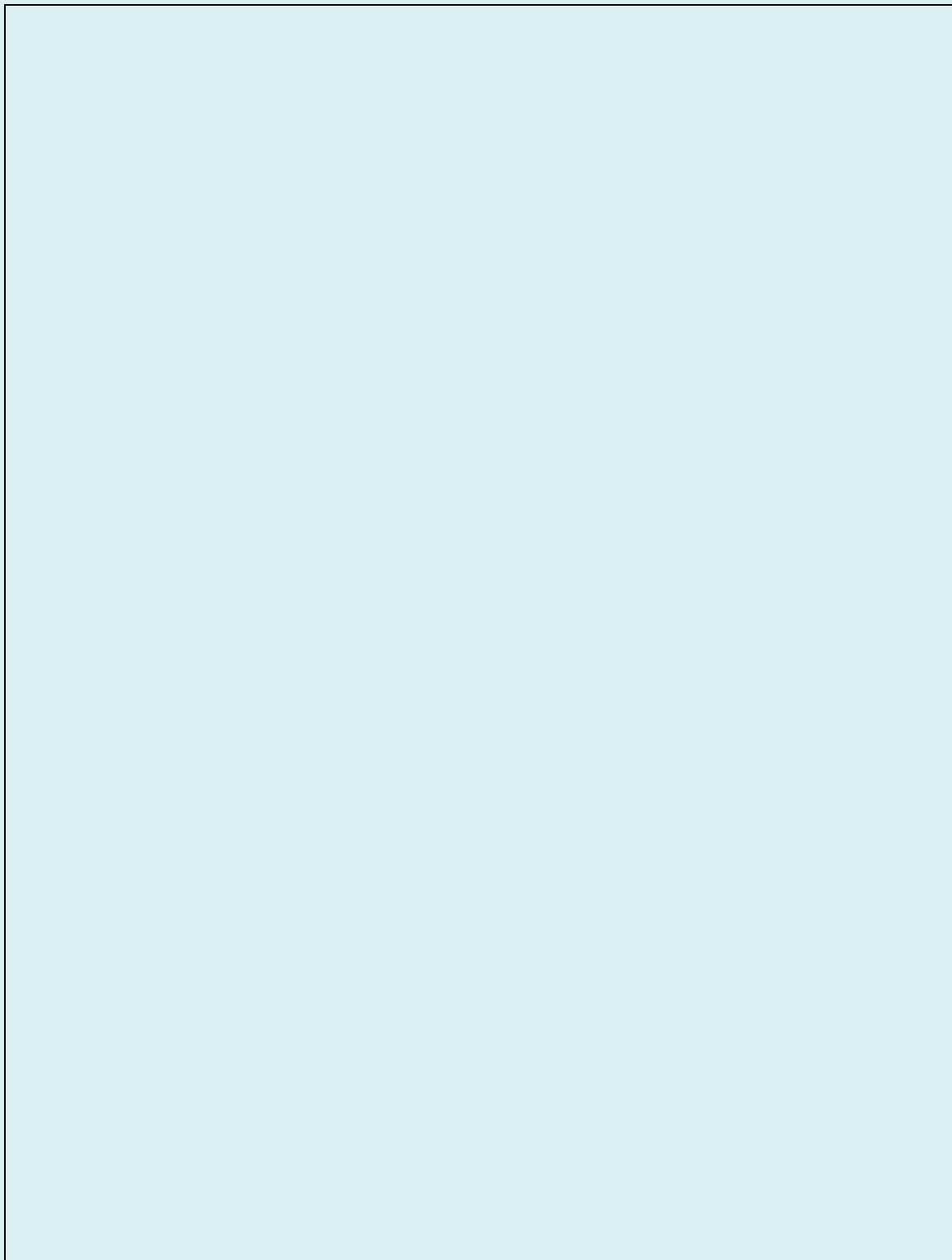
広島県知事 様

保健医療助成費支給申請内訳

	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5ページの領収書貼付台紙（様式第5号の3）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。



(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。

様式第6号

受診医療機関リスト

(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)

年 月 日

広島県知事 様

居 住 国 _____
住 所 _____
フリガナ _____
氏 名 _____
電話番号 (国番号から記載すること) _____

医療機関名	医療機関の所在地	電話番号 (国番号から記載すること)

確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

年 月 日

広島県知事 様

（変更後）住 所 _____

（変更後）氏 名 _____

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

変更がある項目のみ記載してください。

受給対象確認通知番号				—				
氏 名 変 更	フリガナ							
	変更前の氏名							
	フリガナ							
	変更後の氏名							
住 所 変 更	変更前の住所							
	変更後の住所							
電 話 番 号 変 更	変更前の電話番号	(国番号から記入すること)						
	変更後の電話番号	(国番号から記入すること)						
変 更 年 月 日		年 月 日						

※ 変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。

※ 本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

保健医療助成費支給申請書（医療費）（死亡後申請用）

1. 申請する被爆者についての情報を記載してください。

受給対象確認通知番号				—				
フリガナ		西暦					性別	
氏名		大正 年 月 日生					男・女	
		昭和						
住所								

2. 申請者について記載してください。

フリガナ		被爆者	
氏名		との続柄	
居住国			
住所			
電話番号	（国番号から記載すること）		
FAX/E-mail	（ご家族の連絡先も記載可能）		
振込口座 ※1	金融機関名		
	本（支）店名		
	本（支）店住所		
	口座番号		
	口座名義人		
	IBANコード ※2		
申請額	現地通貨	（単位）	

申請者は、死亡した被爆者の相続人であることを証明できる書類を必ず添付してください。

※1 振込口座について

- ・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。
- ・必ず申請者名義の口座としてください。

※2 IBANコードは、南米または欧州地域にお住まいの方のみ記入してください。

上記のとおり、死亡者_____に対する2023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。

万が一、受領後に当該保健医療助成費に関して争議が生じた場合、広島県知事に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

_____年 月 日

申請者氏名 _____

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

広島県知事 様

死 亡 届

年 月 日

広島県知事様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		被爆者 との続柄	
氏名			
居住国			
住所			
電話番号	(国番号から記載のこと)		

死 亡 し た 者	受給対象確認通知番号							
	フリガナ							
	氏名							
	死亡の際の 住所							
	死亡年月日							

- ※ 死亡年月日を確認できる書類(公的機関または病院で発行された死亡証明書)を添付してください。
- ※ 受給対象確認通知書を返還してください。
- ※ 本届出は保健医療助成事業の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。

法律に基づく医療費の申請手続 (30万円を超えた場合等の申請手続)

◆次の1～12(6～12は該当する方のみ)の書類を提出してください

チェック	番号	提出書類
<input type="checkbox"/>	1	医療費・一般疾病医療費支給申請書兼受給対象確認申請書(様式第10号)
<input type="checkbox"/>	2	振込先口座確認書類(通帳の写しや小切手等)
<input type="checkbox"/>	3	<p>次の4点が確認できる領収書等の書類</p> <p>①支払った金額 ②医療を受けた者の氏名(申請者本人の氏名と同一であること) 申請者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本人分のみを下線を引いてください。 ③医療機関の名称、所在地、電話番号 ④支払い年月日</p> <p>※ 必要に応じて以下の書類も添付してください。 ・医師の処方により薬局で薬を購入した場合: 処方箋 ・民間保険給付を受けた場合: 保険給付等の証明書</p>
<input type="checkbox"/>	4	治療内容、病名などが分かる医師所見書等の書類
<input type="checkbox"/>	5	被爆者健康手帳の写し

以下の書類は必要に応じて提出してください。

<input type="checkbox"/>	6	<p>原爆症認定書の写し</p> <p>※ 医療特別手当を受給している場合のみご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/>	7	<p>本人確認書類</p> <p>※各種手当(健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別手当)を受給されていない方は、以下のいずれか1点を提出してください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・戸籍謄本・抄本・公証人による証明書(Notary public)、 ・在留許可証・居住証明書等(申請日前1か月以内に発行されたもの)
<input type="checkbox"/>	8	<p>確認内容変更届(様式第11号)</p> <p>※ 住所等の変更があった場合のみご提出ください。</p>
<input type="checkbox"/>	9	<p>支給申請書(死亡後申請用)(様式第12号)</p> <p>※ 1の代わりに9を提出してください。</p>
<input type="checkbox"/>	10	<p>死亡届(様式第13号)</p> <p>※ 死亡年月日が確認できる書類(公的機関または病院で発行される死亡証明書)を添付してください。</p>
<input type="checkbox"/>	11	<p>家族関係または財産相続権があることを証明できる書類</p>
<input type="checkbox"/>	12	<p>受取人の振込先口座の確認書類(必ず死亡後申請者名義の口座としてください)</p> <p>※ 9～12の書類は、死亡した被爆者の医療費を遺族が申請する場合のみご提出ください。</p>

◆申請書の提出時期など

申請書が提出されたものから、順次、審査して支給します。

ただし、日本で同様の治療が行われた場合の費用を算定するため、審査にかなりの時間を要します。そのため、支給までに一定の期間がかかります。あらかじめご了承ください。

【法律に基づく医療費の申請書類提出先】

〒160-0022 (JAPAN)
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
電話 +81-3-3352-4285
ファックス +81-3-3352-4605
電子メール zaigai@jpha.or.jp



〒160-0022 (JAPAN)
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
電話 +81-3-3352-4285
ファックス +81-3-3352-4605
電子メール zaigai@jpha.or.jp



〒160-0022 (JAPAN)
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
電話 +81-3-3352-4285
ファックス +81-3-3352-4605
電子メール zaigai@jpha.or.jp



〒160-0022 (JAPAN)
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
電話 +81-3-3352-4285
ファックス +81-3-3352-4605
電子メール zaigai@jpha.or.jp



点線から切り取って、送付時のラベルとしてご利用ください。

複数回申請することが見込まれる場合には、3ページから6ページの様式をあらかじめ複写しておいて（用紙の色は白色で構いません。）利用していただくか、申請用紙の追加送付を上記の日本公衆衛生協会へご連絡ください。

様式第10号

医療費・一般疾病医療費支給申請書兼受給対象確認申請書

受給対象確認通知番号				—				
(初めての申請で、受給対象確認通知番号がない場合は、次のいずれかの番号を記載の上、写しを添付してください。)								
被爆者健康手帳番号 (公費負担医療の受給者番号)								
被爆時状況確認証(又は被爆確認証)番号								
フリガナ		西暦					性別	
氏名		大正 年 月 日生					男・女	
		昭和						
居住国								
住所								
電話番号	(国番号から記載すること)							
FAX/E-mail	(ご家族の連絡先も記載可能)							
振込口座 ※1	金融機関名							
	本(支)店名							
	本(支)店住所							
	口座番号							
	口座名義人							
	IBANコード ※2							
申請時点での原爆症認定の有無		有			無			
申請時点での手当受給の有無 ※3		有			無			
自己負担額	現地通貨		(単位)					

※1 振込口座について

- ・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。
- ・必ず申請者名義の口座としてください。

※2 IBANコードは、南米または欧州地域にお住いの方のみ記入してください。

※3 この申請の時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当又は特別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、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第17条(第18条)の規定により、医療費(一般疾病医療費)の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。また、支給される医療費(一般疾病医療費)の受領を、一般財団法人日本公衆衛生協会に委任します。

年 月 日

申請者氏名

※当該署名欄は必ず申請者ご自身が記入ください。

(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

確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

年 月 日

広島県知事 様

（変更後）住 所

（変更後）氏 名

変更がある項目のみ記載してください。

受 給 対 象 確 認 通 知 番 号				-				
氏 名 変 更	フリガナ							
	変更前の氏名							
	フリガナ							
	変更後の氏名							
住 所 変 更	変更前の住所							
	変更後の住所							
電 話 番 号 変 更	変更前の電話番号	(国番号から記入すること)						
	変更後の電話番号	(国番号から記入すること)						
変 更 年 月 日		年 月 日						

※ 変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。

※ 本届出は「医療費(一般疾病医療費)」の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続きは、別途行う必要があります。

医療費・一般疾病医療費支給申請書（死亡後申請用）

1. 申請する被爆者についての情報を記載してください。

フリガナ		西暦		性 別	
氏 名		大正		男・女	
居住国		年 月 日生			
住 所		昭和			

2. 申請者について記載してください。

フリガナ		被 爆 者	
氏 名		との続柄	
住 所			
電話番号	（国番号から記載すること）		
FAX/E-mail	（ご家族の連絡先も記載可能）		
振込口座 ※1	金 融 機 関 名		
	本（支）店名		
	本（支）店住所		
	口座番号		
	口座名義人		
	IBAN コード ※2		
自己負担額	現地通貨	（単位）	

申請者は、死亡した被爆者の相続人であることを証明できる書類を必ず添付してください。

※1 振込口座について

- ・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。
- ・必ず申請者名義の口座としてください。

※2 IBAN コードは、南米または欧州地域にお住いの方のみ記入してください。

上記のとおり、死亡した_____に対する、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 17 条（第 18 条）の規定により、医療費（一般疾病医療費）の支給を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。また、支給される医療費（一般疾病医療費）の受領を、一般財団法人日本公衆衛生協会に委任します。

万が一、受領後に当該医療費に関して争議が生じた場合、広島県知事に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

年 月 日

申請者氏名

（代理で申請する場合）代理申請者氏名

※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

死 亡 届

年 月 日

広島県知事様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

フリガナ		被爆者 との続柄	
氏名			
居住国			
住所			
電話番号	(国番号から記載のこと)		

死 亡 し た 者	受給対象確認通知番号							
	フリガナ							
	氏名							
	死亡の際の 住所							
	死亡年月日							

- ※ 死亡年月日を確認できる書類(公的機関または病院で発行された死亡証明書)を添付してください。
- ※ 受給対象確認通知書を返還してください。
- ※ 本届出は「医療費(一般疾病医療費)」の申請のための届出であり、被爆者手帳の交付元の自治体に対しての手続は、別途行う必要があります。