

## 关于居住于国外的原子弹受害者保健医疗补助事业 事业的手续

2004年至2013年期间，根据本项事业领取医疗补助者，如果自己负担了超过每年度最高限额部分的医疗费，根据以下要点可领取追加补助。

1. 请提交下列（1）至（5）项所述文件。

（1）支給申请书（第1号、第2号格式）

请在第3至第4页的格式上填写必要信息。

（注）关于每年的最高限额，请参照最后一页的参考栏。

（2）各年度诊疗内容明细表（第3号至第7号格式）

请把第5至第14页的格式提交给您接受诊疗的医疗机构。请医疗机构根据每年住院、门诊、齿科等情况逐项填写治疗、所支付的医疗费用等详细内容。审查将根据填写内容实施。此外，接受原子弹后遗症认定并因该疾病接受治疗的情况下，请医疗机构转告认定为原子弹后遗症的疾病名称，使用第6号或第7号格式，与其他疾病分别填写后提交。

（注1）提交时，请按年度一并提交。

（注2）关于原子弹后遗症认定疾病，请参照下述URL。

英语版：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/genbaku04/dl/english.pdf>

葡萄牙语版：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/genbaku04/dl/portuguese.pdf>

（3）保险支付等的证明书

关于医疗费用，如有公共保险等支付了该从医疗费中应该扣除的部分，请附上该金额的证明材料。

（注1）在上述（2）的诊疗内容明细表中已有记载的情况下，则不需要提交。

（注2）提交时，请按年度一并提交。

（4）银行存折的复印件等能确认汇款账户的材料

(5) 已接受原子弹后遗症认定的情况下请提交认定书的复印件

2. 请将这些材料 (1. (1) 至 (5)) 务必在

**2014年10月31日 (周五) 邮寄到下述机关。**

此外, 准备好所需材料后, 可按年度分类, 分数次申请。  
各年度审查结果为批准追加补助的话, 将于2015年3月31日之前汇入有关款项。在这之前如果账户发生变更, 请务必联系我们。

3. 在邮寄材料前, 请根据第18页的核查清单确认申请所必需的材料是否齐备。

**【申请书发送地址】**

160-0022

东京都新宿区新宿1丁目29-8

一般财团法人日本公共卫生协会

居住于国外的原子弹受害者保健医疗补助事业经办人收

**联系方式**

一般财团法人日本公共卫生协会 细田

电话 +81-3-3352-4281

传真 +81-3-3352-4605

电子邮件 zaigai@jpha.or.jp

## 支給申请书

属于领取对象的确认通知编号		—					
读音读音		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							
转账账户	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)						
有无原子弹后遗症认定(※5)		有 ・ 无					
有无领取补贴(※6)		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 请附上银行存折的复印件等能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 申请时, 已接受原子弹后遗症认定者, 请在“有”处画○。  
 ※6 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者, 请在“有”处画○。

如上所述, 附上有关材料, 申请领取2004年至2013年间的保健医疗补助费。

平成(或公历) 年 月 日

申请者姓名

①  
(印章或或签名)

(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。

〇〇县知事 敬启

## 按年度支給申请明细

支給年度	诊疗所需金额 ①	保险支付等的金额 ②	自己负担的相当 金额 ③ (①至②)	备注
2004年				
2005年				
2006年				
2007年				
2008年				
2009年				
2010年				
2011年				
2012年				
2013年				
合计				

(注1) 在“诊疗所需金额”栏中, 请提交另外附加给医疗机构的格式。请医疗机构逐年填写治疗、所支付的医疗费等详细内容, 并请填写医疗所需总金额。

(注2) 在“保险支付等的金额”栏中, 存在因接受相关诊疗得到保险支付等的支付金额时, 请保险公司发行有关证明书, 并请填写所证明的支付金额。

(注3) 在“自己负担的相当金额”栏中, 请填写诊疗所需金额减去保险支付等的金额的余额。

(注4) 请按居住国家的货币单位填写金额。

请委托医疗机构填写本格式。

门诊用

- ① 本格式在向日本补助制度（对原子弹受害者提供的医疗费补助）提出申请时使用。
- ② 请主治医生在这张格式上填写患者所接受诊疗的内容并请签名。（必要时联系咨询）
- ③ 本格式为门诊专用。原则上每年度（2004年-2013年）建立1张格式。  
 ※ 填写时，原则上填写从1月到12月1年间的内容。（2004年度对象为10月-12月。）  
 ※ 住院等情况下请填写住院用格式。  
 ※ 由患者委托填写原子弹后遗症认定疾病相关诊疗内容时，请使用另外的专用格式。  
 ※ 与本格式的记载项目相同时，任意格式也可受理，但是请务必填写收据证明并在署名栏签名。
- ④ ※在“9.其他”里填写1-8以外的内容。

## （                      年度） 诊疗内容明细表

患者姓名		出生年月日		性别	
主要伤病名称	①	国际疾病分类号码（ICD10）			
	②	国际疾病分类号码（ICD10）			
	③	国际疾病分类号码（ICD10）			
治疗概述	①				
	②				
	③				

诊疗内容					
1. 门诊					
	主要伤病	诊疗期间			天数
①		2 0 / / ~ 2 0 / /			
②		2 0 / / ~ 2 0 / /			
③		2 0 / / ~ 2 0 / /			
一年间合计诊疗天数		(①~③)			_____天
2. 投药					
	所使用药剂	用法	剂量	合计投药天数	
<input type="checkbox"/> 有	_____	_____	_____	_____天	
	_____	_____	_____	_____天	
<input type="checkbox"/> 无	_____	_____	_____	_____天	
	_____	_____	_____	_____天	
3. 注射					
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____天		
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____天		
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____天		
4. 检查					
	检查内容	所使用药剂:	剂量（一年间）	次数（一年间）	
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 心电图	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 超声波检查	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 上述以外的检查	_____	_____	_____	_____次	
	_____	_____	_____	_____次	

诊疗内容						
5. 理疗						
一年间实施次数					_____次	
6. X光检查						
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	部位	所使用药剂	剂量（一年间）	次数（一年间）	
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____	_____次	
7. 手术（住院时请使用其他格式填写）						
手术内容（请简要记述）						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div>						
手术技术费		其他费用		合计费用		
8. 其他处置（住院时请使用其他格式填写）						
处置内容（请简要记述）						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div>						
处置费		材料费		其他费用		合计费用
※ 9. 其他						
<input type="checkbox"/> 诊断书制成费		_____				
<input type="checkbox"/> 其他费用合计		_____ ⇒ 主要内容				

-----

### 收据明细表

	保险范围内	保险范围外	合计
医疗费	①	②	③
公共保险负担金额	④	⑤ _____	⑥
患者负担金额	⑦	⑧	⑨
合计收到金额	⑩		
备考	⑪		

※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、属于公共保险范围内的请填写在①栏中。  
 ※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、不属于公共保险范围内的请填写在②栏中。  
 ※请在④栏中填写公共保险负担金额。  
 ※属于公共保险范围内的医疗费中，患者负担部分的金额请填写在⑦栏中。  
 ※不属于公共保险范围内的医疗费中，患者所负担金额请填写在⑧栏中。  
 ※请在⑩栏中填写医疗机构向患者请求付款并收取的金额。  
 ※②与③或⑧与⑨的金额不一致的情况下，请在⑪栏中记述理由。

主治医生姓名及地址

医疗机构名称： \_\_\_\_\_ 病历号： \_\_\_\_\_

姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 职称： \_\_\_\_\_

地址： 医院或诊所 \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

请委托医疗机构填写本格式。

住院用(医科/齿科)

- ① 本格式在向日本补助制度（对原子弹受害者提供的医疗费补助）提出申请时使用。
- ② 请主治医生在这张格式上填写患者所接受诊疗的内容并请签名。（必要时联系咨询）
- ③ 本格式为住院专用。原则上每年度（2004年-2013年）建立1张格式。  
 ※ 填写时，原则上填写从1月到12月1年间的内容。（2004年度对象为10月-12月。）  
 ※ 门诊等情况下请填写门诊用格式。  
 ※ 由患者委托填写原子弹后遗症认定疾病相关诊疗内容时，请使用另外的专用格式。  
 ※ 与本格式的记载项目相同时，任意格式也可受理，但是请务必填写收据证明并在署名栏签名。
- ④ ※在“9.其他”里填写1-8以外的内容。

## （年度） 诊疗内容明细表

患者姓名		出生年月日		性别	
住院原因的主要伤病名称	①	国际疾病分类号码（ICD10）			
	②	国际疾病分类号码（ICD10）			
治疗概述	①				
	②				

诊疗内容					
1. 住院					
住院原因的主要伤病名称		住院期间(本格式最多可记载2次)			天数
①		2 0 / / ~ 2 0 / /			
②		2 0 / / ~ 2 0 / /			
2. 投药					
<input type="checkbox"/> 有	所使用药剂	用法	剂量	合计投药天数	
	_____	_____	_____	_____天	
	_____	_____	_____	_____天	
<input type="checkbox"/> 无	_____	_____	_____	_____天	
	_____	_____	_____	_____天	
3. 注射					
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____		天
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____		天
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____		天
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____		天
4. 检查					
<input type="checkbox"/> 尿	检查内容	所使用药剂:	剂量（一年间）	次数（一年间）	
	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 心电图	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 超声波检查	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 上述以外的检查	_____	_____	_____	_____次	
	_____	_____	_____	_____次	
5. 理疗					
			一年间实施次数	_____次	
6. X光检查					
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	部位	所使用药剂	剂量（一年间）	次数（一年间）
		_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____	_____次

诊疗内容					
7. 手术					
①手术内容（请简要记述）					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
②手术内容（请简要记述）					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
	手术技术费	住院管理费	护理费	饮食费	合计费用
①					
②					
8. 其他处置					
①处置内容（请简要记述）					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
②处置内容（请简要记述）					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
	处置费	材料费	其他费用	合计费用	
①					
②					
※ 9. 其他					
<input type="checkbox"/> 诊断书制成费 _____					
<input type="checkbox"/> 其他费用合计 _____ ⇒ 主要内容 _____					

### 收据明细表

	保险范围内	保险范围外	合计
医疗费	①	②	③
公共保险负担金额	④	⑤	⑥
患者负担金额	⑦	⑧	⑨
合计收到金额	⑩		
备考	⑪		

※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、属于公共保险范围内的请填写在①栏中。  
 ※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、不属于公共保险范围内的请填写在②栏中。  
 ※请在④栏中填写公共保险负担金额。  
 ※属于公共保险范围内的医疗费中，患者负担部分的金额请填写在⑦。  
 ※不属于公共保险范围内的医疗费中，患者所负担金额请填写在⑧栏中。  
 ※请在⑩栏中填写医疗机构向患者请求付款并收取的金额。  
 ※②与⑧或⑨与⑩的金额不一致的情况下，请在⑪栏中记述理由。

主治医生姓名及地址

医疗机构名称： \_\_\_\_\_ 病历号： \_\_\_\_\_  
 姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 职称： \_\_\_\_\_  
 地址： 医院或诊所 \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_  
 日期： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_



请委托医疗机构填写本格式。

齿科用

- ① 本格式在向日本补助制度（对原子弹受害者提供的医疗费补助）提出申请时使用。
- ② 请主治医生在这张格式上填写患者所接受诊疗的内容并请签名。（必要时联系咨询）
- ③ 本格式为齿科诊疗专用。原则上每年度（2004年-2013年）建立1张格式。  
 ※ 填写时，原则上填写从1月到12月1年间的内容。（2004年度对象为10月-12月。）  
 ※ 住院等情况下请填写住院用格式。  
 ※ 与本格式的记载项目相同时，任意格式也可受理，但是请务必填写收据证明并在署名栏签名。
- ④ ※在“14.其他”里填写1-13以外的内容。

## （                      年度）      齿科诊疗内容明细表

患者姓名	出生年月日	性别
齿式		
恒齿		
右	#1 #2 #3 #4 #5 #6 #7 #8 8 7 6 5 4 3 2 1	#9 #10 #11 #12 #13 #14 #15 #16 1 2 3 4 5 6 7 8
	#32 #31 #30 #29 #28 #27 #26 #25	#24 #23 #22 #21 #20 #19 #18 #17
左		
诊疗内容	齿式	1年间所花费用
1. 诊察 初诊日期 _____ 实际实施诊疗天数 _____ 诊断管理费 1 _____ 诊断管理费 2 _____		
2. X光 咬翼型 _____ 标准型 _____ 全景断层扫描 _____		
3. 投药 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 药剂 1 _____ 药剂 2 _____ 药剂 3 _____		
4. 清除牙垢 涂药 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 药品名称 _____		
5. 牙周洁治/根面平整 牙周袋刮除术 _____ 牙周外科手术 _____		
6. 拔牙 其他手术 _____		
7. 盖髓术 牙髓切断术 _____ 根管治疗 1 _____ 2 _____ 3 _____ 根管		

诊疗内容	齿式	费用
8. 充填		
汞合金	1	_____
	2	_____
	3	_____
树脂	1	_____
	2	_____
	3	_____
9. 嵌体/高嵌体		_____
10. 用充填物堆筑支台体		
金属芯		_____
其他 _____		_____
11. 冠		
瓷/金		_____
银合金		_____
其他 _____		_____
12. 牙桥		
桥基牙		_____
桥体		_____
13. 托牙		
托牙修理		_____
※14. 其他 (如有上述以外事项请填写)		
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
诊断书		_____

-----

### 收据明细表

	保险范围内	保险范围外	合计
医疗费	①	②	③
公共保险负担金额	④	⑤ _____	⑥
患者负担金额	⑦	⑧	⑨
合计收到金额	⑩		
备考	⑪		

※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、属于公共保险范围内的请填写在①栏中。  
 ※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、不属于公共保险范围内的请填写在②栏中。  
 ※请在④栏中填写公共保险负担金额。  
 ※属于公共保险范围内的医疗费中，患者负担部分的金额请填写在⑦栏中。  
 ※不属于公共保险范围内的医疗费中，患者所负担金额请填写在⑧栏中。  
 ※请在⑩栏中填写医疗机构向患者请求付款并收取的金额。  
 ※②与⑧或⑨与⑩的金额不一致的情况下，请在⑪栏中记述理由。

-----

主治医生姓名及地址

医疗机构名称： \_\_\_\_\_ 病历号： \_\_\_\_\_  
 姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 职称： \_\_\_\_\_  
 地址： 医院或诊所 \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_  
 日期： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

请委托医疗机构填写本格式。

原子弹后遗症认定疾病用（门诊）

- ① 本格式在向日本补助制度（对原子弹受害者提供的医疗费补助）提出申请时使用。
- ② 本格式为原子弹后遗症认定疾病（门诊）专用。原则上每年度（2004年-2013年）建立1张格式。  
 ※ 由患者委托填写原子弹后遗症认定疾病相关诊疗内容时，请使用本格式。  
 ※ 住院等情况下请填写原子弹后遗症认定疾病用（住院）格式。  
 ※ 关于原子弹后遗症认定疾病以外的诊疗，请分别填写另外的住院用、门诊用格式。  
 ※ 填写时，原则上填写从1月到12月1年间的内容。（2004年度对象为10月-12月。）  
 ※ 与本格式的记载项目相同时，任意格式也可受理，但是请务必填写收据证明并在署名栏签名。
- ③ 请主治医生在这张格式上填写患者所接受诊疗的内容并请签名。（必要时联系咨询）
- ④ ※在“9.其他”里填写1-8以外的内容。

## （                      年度）      诊疗内容明细表

患者姓名		出生年月日		性别	
主要伤病名称	①	国际疾病分类号码（ICD10）			
	②	国际疾病分类号码（ICD10）			
	③	国际疾病分类号码（ICD10）			
治疗概述	①				
	②				
	③				

诊疗内容					
1. 门诊					
	主要伤病	诊疗期间			天数
①		2 0 / / ~ 2 0 / /			
②		2 0 / / ~ 2 0 / /			
③		2 0 / / ~ 2 0 / /			
一年间合计诊疗天数      (①~③)      _____ 天					
2. 投药					
<input type="checkbox"/> 有	所使用药剂	用法	剂量	合计投药天数	
	_____	_____	_____	_____天	
<input type="checkbox"/> 无	_____	_____	_____	_____天	
	_____	_____	_____	_____天	
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____ 天		
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____ 天		
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____ 天		
4. 检查					
	检查内容	所使用药剂:	剂量（一年间）	次数（一年间）	
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 心电图	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 超声波检查	_____	_____	_____	_____次	
<input type="checkbox"/> 上述以外的检查	_____	_____	_____	_____次	

诊疗内容						
5. 理疗						
一年间实施次数						_____次
6. X光检查						
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> CT	部位	所使用药剂	剂量（一年间）	次数（一年间）	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____	_____次
7. 手术（住院时请使用其他格式填写）						
手术内容（请简要记述）						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>						
手术技术费		其他费用		合计费用		
8. 其他处置（住院时请使用其他格式填写）						
处置内容（请简要记述）						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>						
处置费		材料费		其他费用		合计费用
※ 9. 其他						
<input type="checkbox"/> 诊断书制成费	_____					]
<input type="checkbox"/> 其他费用合计	_____ ⇒ 主要内容					

### 收据明细表

	保险范围内	保险范围外	合计
医疗费	①	②	③
公共保险负担金额	④	⑤ _____	⑥
患者负担金额	⑦	⑧	⑨
合计收到金额	⑩		
备考	⑪		

※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、属于公共保险范围内的请填写在①栏中。  
 ※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、不属于公共保险范围内的请填写在②栏中。  
 ※请在④栏中填写公共保险负担金额。  
 ※属于公共保险范围内的医疗费中，患者负担部分的金额请填写在⑦栏中。  
 ※不属于公共保险范围内的医疗费中，患者所负担金额请填写在⑧栏中。  
 ※请在⑩栏中填写医疗机构向患者请求付款并收取的金额。  
 ※②与⑧或⑨与⑩的金额不一致的情况下，请在⑪栏中记述理由。

主治医生姓名及地址

医疗机构名称：\_\_\_\_\_ 病历号：\_\_\_\_\_

姓名：姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 职称：\_\_\_\_\_

地址：医院或诊所 \_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_ 署名：\_\_\_\_\_

请委托医疗机构填写本格式。

## 原子弹后遗症认定疾病用（住院）

- ① 本格式在向日本补助制度（对原子弹受害者提供的医疗费补助）提出申请时使用。
- ② 本格式为原子弹后遗症认定疾病（住院）专用。原则上每年度（2004年-2013年）建立1张格式。  
 ※ 由患者委托填写原子弹后遗症认定疾病相关诊疗内容时，请使用本格式。  
 ※ 门诊等情况下请填写原子弹后遗症认定疾病用（门诊）格式。  
 ※ 关于原子弹后遗症认定疾病以外的诊疗，请分别填写另外的住院用、门诊用格式。  
 ※ 填写时，原则上填写从1月到12月1年间的内容。（2004年度对象为10月-12月。）  
 ※ 与本格式的记载项目相同时，任意格式也可受理，但是请务必填写收据证明并在署名栏签名。
- ③ 请主治医生在这张格式上填写患者所接受诊疗的内容并请签名。（必要时联系咨询）
- ④ ※在“9.其他”里填写1-8以外的内容。

## （年度） 诊疗内容明细表

患者姓名		出生年月日		性别	
住院原因的主要伤病名称	①	国际疾病分类号码（ICD10）			
	②	国际疾病分类号码（ICD10）			
治疗概述	①				
	②				

诊疗内容				
1. 住院				
住院原因的主要伤病名称		住院期间(本格式最多可记载2次)		天数
①		2 0 / / ~ 2 0 / /		
②		2 0 / / ~ 2 0 / /		
2. 投药				
	所使用药剂	用法	剂量	合计投药天数
<input type="checkbox"/> 有	_____	_____	_____	_____天
<input type="checkbox"/> 无	_____	_____	_____	_____天
3. 注射				
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____天	
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____天	
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____天	
<input type="checkbox"/> 皮下·肌内	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
所使用药剂: _____		使用量: _____	合计给药天数: _____天	
4. 检查				
	检查内容	所使用药剂:	剂量（一年间）	次数（一年间）
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> 心电图	_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> 超声波检查	_____	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> 上述以外的检查	_____	_____	_____	_____次
5. 理疗				
			一年间实施次数	_____次
6. X光检查				
	部位	所使用药剂	剂量（一年间）	次数（一年间）
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____次
<input type="checkbox"/> X光	<input type="checkbox"/> C T	_____	_____	_____次

诊疗内容					
7. 手术					
①手术内容（请简要记述）					
_____					
_____					
_____					
②手术内容（请简要记述）					
_____					
_____					
_____					
	手术技术费	住院管理费	护理费	饮食费	合计费用
①					
②					
8. 其他处置					
①处置内容（请简要记述）					
_____					
_____					
_____					
②处置内容（请简要记述）					
_____					
_____					
_____					
	处置费	材料费	其他费用	合计费用	
①					
②					
※ 9. 其他					
<input type="checkbox"/> 诊断书制成费 _____					
<input type="checkbox"/> 其他费用合计 _____ ⇒ 主要内容 [ _____ ]					

### 收据明细表

	保险范围内	保险范围外	合计
医疗费	①	②	③
公共保险负担金额	④	⑤ _____	⑥
患者负担金额	⑦	⑧	⑨
合计收到金额	⑩		
备考	⑪		

※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、属于公共保险范围内的请填写在①栏中。  
 ※上述诊疗内容明细表中记载的医疗费中、不属于公共保险范围内的请填写在②栏中。  
 ※请在④栏中填写公共保险负担金额。  
 ※属于公共保险范围内的医疗费中，患者负担部分的金额请填写  
 ※不属于公共保险范围内的医疗费中，患者所负担金额请填写在⑧栏中。  
 ※请在⑩栏中填写医疗机构向患者请求付款并收取的金额。  
 ※②与⑧或⑨与⑩的金额不一致的情况下，请在⑪栏中记述理由。

**主治医生姓名及地址**

医疗机构名称： \_\_\_\_\_ 病历号： \_\_\_\_\_  
 姓名： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 职称： \_\_\_\_\_  
 地址： 医院或诊所 \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_  
 日期： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

# 死亡登记

平成（或公历） 年 月 日

〇〇知事（市长） 敬启

如下所记，附上有关材料申报死亡登记。

（读音）		与 已 故 本事业对象 的 关 系	
姓名			
居住国家			
地址			
电话号码	（请从国家号开始填写）		

死者	属于领取对象的确认通知编号				—					
	读音									
	姓名									
	死亡时的地址									
	死亡年月日									

- ※ 请附上可确认死亡年月日的材料。
- ※ 请交还领取对象确认通知书。

（日本工业标准A列4号）

## 支給申请书（死亡后申请用）

(读音)		与 已 故 本事业对象 的 关 系	
姓 名			
居住国家			
地 址			
电话号码	(请从国家代号开始填写)		
汇款账户	金融机构名称		
	总(支)行名称		
	账户号码		
	账户持有人		
申请金额	当地货币	(单位) (※ 请勿填写)	
	日元	日元相当 (※ 请勿填写)	

死者	属于领取对象的确认通知编号				—					
	读音									
	姓 名									
	死亡时的 地 址									
	死亡年月日									

- ※ 关于汇款账户，请附上银行存折的复印件等能确认汇款账户的材料。
- ※ 汇款账户的持有人必须是申请者本人。
- ※ 请附上可证明申请者为已故本事业对象的继承人的材料。

如上所述，附上有关材料，申请领取向死者\_\_\_\_\_的平成（或公历）\_\_\_\_\_年度的保健医疗补助费。

万一领取后，发生与该保健医疗补助费有关的纠纷，决不追究〇〇知事（市长）的责任，我宣誓承担一切责任。

平成（或公历）      年      月      日

申请者姓名



(或签名)

〇〇知事（市长）      敬启

（日本工业标准A列4号）



确认内容变更申报书（姓名・地址・电话号码变更）

平成（或公历） 年 月 日

〇〇知事（市长）敬启

（变更后）地 址

（变更后）姓 名

印  
（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				—				
姓名变更	读音							
	变更前的姓名							
	读音							
	变更后的姓名							
地址变更	变更前的地址							
	变更后的地址							
电话号码变更	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 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。

（日本工业标准A列4号）

## 提交材料核查清单

※ 在提交材料之前，请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（格式1）
<input type="checkbox"/>	按年度支給申请明细（格式2）
<input type="checkbox"/>	诊疗内容明细表（格式3至7） ※ 请按年度一并提交。
<input type="checkbox"/>	保险支付等的证明书 ※1 请按年度一并提交。 ※2 记载于诊疗内容明细表上的保险支付等的金额，其他不存在保险支付等的金额的情况，不需要提交。
<input type="checkbox"/>	银行存折的复印件等能确认汇款账户账户的材料
<input type="checkbox"/>	接收原子弹后遗症认定的认定书的复印件

（参考）

### 1. 各年度金额上限

（单位：日元）

年	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
通常	32,500	130,000	130,000	130,000	145,000	153,000	161,000	171,000	176,000	179,000
特别(住院4天以上)	35,500	142,000	142,000	142,000	157,000	165,000	172,000	183,000	187,000	191,000

### 2. 关于原子弹后遗症认定疾病

由原子弹辐射引起的疾病或损伤，可获得厚生劳动大臣的认定。主要的原子弹后遗症认定疾病包括：①恶性肿瘤、②白血病、③副甲状腺功能亢进症等。