厚生劳动省 广岛市/长崎市

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)支给申请书(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。在这支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町目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

支给申请书

属	于领取对象的确认通知编	扁号			_					
读音读音			历						性	别
姓 名		1	:正 引和	年		月	E	生	男・	• 女
居住国家										
地址										
电话号码		(请从国家与	号开如	台填写	員)					
传真										
/E-mai 1										
	金融机关名称									
	总(支)行名称(※1)									
转账账户	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			
由连入短	当地货币			(単	位)	(请	勿填?	写)	
申请金额	日元		E	1元村	目当	(请	勿填2	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"处画〇。
- ※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"处画〇。

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

(FII)

(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

按年度支给申请明细

支给年度	诊疗所需金额 ①	保险支付等的金额	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。

门诊用

性别

- 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<u>1月到12月</u>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。

患者姓名

(1)

(年度) 诊疗内容明细表

国际疾病分类号码(ICD10)

出生年月日

主要	要伤病名	名称 ②						国际疾病分类	\$号码(ICD10)				
		3						国际疾病分类	5号码(ICD10)				
		1)													
		2													
洧	台疗概划	述													
		3													
								诊疗内容							
1.	门诊							10/11/1-D							
	140	主要	医伤疖	<u> </u>						诊疗	期间				天数
1							2	0 /	/	~	2	0	/	/	
2							2	0 /	/	~	2	0	/	/	
3							2	0 /	/	~	2	0	/	/	
							l	<u> </u>	· ·				<u> </u>	<u> </u>	
				一年间台	计诊	疗天数	Į	(1)~(3)						天	
2.	投药		所包	吏用药剂			用	法			剂量	t		合计投药	天数
		有				_									_天
		_				_									_ 天
		无				_									- 天
						_									_ 天
3.	注射														
		支下•肌内		静注		点滴		4.0.0				A 31	,		-
	_	所使用药剂: 支下·肌内		静注		点滴		使用量:				台计:	给药天数	:	天
		所使用药剂:	ш	ff /工	Ш	尽個		使用量:				合计:	给药天数	•	天
	_	/// 及/// 5//// 支下•肌内		静注		点滴	•	区/11至:				ни:	11 51/190		
		所使用药剂:						使用量:				合计	给药天数	:	天
4	检查			检查内容	3		•	所使用药剂	1.		初長	t (-4		次数(一	
4.		录		四旦四台	Γ			加民用到年	1:		川里	, L	†14J /	1八蚁(一	平同) 次
		血液		-			•								次
		心电图								_ :					次
		迢声波检查													次
		上述以外的检查	至												次
														-	次

				诊疗内容		
	理疗			اللاء المراجع والمراجع والمراجع		.,
				一年间实施次数		次
	X光检查	O T	部位	所使用药剂	剂量 (一年间)	
	□ X光 □ □ X光 □	C T C T				次 次
		СТ				次
	□ X光 □	СТ	-			
	手术(住院时请使用	其他格式	填写)			
			手を	术内容(请简要记述)		
						
	手术	技术费	其他费用	合计费用		
					<u></u>	
•	其他处置(住院时请	使用其他	格式填写)			
			处量	置内容(请简要记述)		
		置费	材料费	其他费用	合计费用	
		置.费	材料费	其他费用	合计费用	
÷ 9	. 其他	置费	材料费	其他费用	合计费用	
9		置费	材料费	其他费用	合计费用	
(9	. 其他	翌 弗	材料费	其他费用	合计费用	
9	. 其他	置费	材料费		合计费用	
9	. 其他	置费		⇒ 主要内容	合计费用	
9	. 其他			→ 主要内容 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		
9	. 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计			→ 主要内容 → 主要内容 収据明细表 保险范围外	- - 合ì	+
9	. 其他□ 诊断书制成费□ 其他费用合计医疗费	①		→ 主要内容 「	- - 合ì	+
9	. 其他□ 诊断书制成费□ 其他费用合计医疗费公共保险负担金额	1 4		上 主要内容收据明细表保险范围外②⑤	- 合i ③ . ⑥	+
9	. 其他□ 诊断书制成费□ 其他费用合计医疗费	① ④ ⑦		→ 主要内容 「	- - 合ì	+
9	 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计 医疗费 公共保险负担金额 患者负担金额 合计收到金额 	1) 4 7		上 主要内容收据明细表保险范围外②⑤	- 合i ③ . ⑥	+
9	 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计 医疗费 公共保险负担金额 患者负担金额 合计收到金额 备考 	① ④ ⑦ ⑩	保险范围内	中 主要内容 上	合i 3 . ⑥ ⑨	+
9	 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计 医疗费 公共保险负担金额 由者负担金额 合计收到金额 备考 ※上述诊疗内容明约 	① ④ ⑦ ⑩ ⑪	保险范围内	中 主要内容 「	合; ③ . ⑥ . ⑨	+
	. 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计 医疗费 公共保险负担金额 患者负担金额 合计收到金额 各考 ※上述诊疗内容明约。 ※上述诊疗内容明约。 ※请在④栏中填写	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ 田表中记载 出表中记载	保险范围内 的医疗费中、属于2 的医疗费中、不属于2 组金额。	 □ 主要内容 □ 收据明细表 □ 保险范围外 ② ⑤ ⑥ ⑥ ② ⑤ ⑥ ⑥ ② ⑤ ⑥ ② ○ ○<td>合; ③ . ⑥ . ⑨</td><td>†</td>	合; ③ . ⑥ . ⑨	†
9	 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计 医疗费 公共保险负担金额 合计收到金额 备考 ※上述诊疗内容明约 ※请在①栏中填写 ※属于公共保险范围 	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ 士表中记载载公共保险负:国内的医疗	保险范围内 保险范围内 的医疗费中、属于2 的医疗费中、不属于2 也全额。 费中,患者负担部分	→ 主要内容 「 ・	合; ③ . ⑥ . ⑨	†
9	. 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计 医疗费 公共保险负担金额 患者负担金额 合计收到金额 各考 ※上述诊疗内容明线 ※请在④栏中填写经 ※属于公共保险范围等 ※有在⑩栏中填写	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ 无来中风险医的构态	保险范围内 保险范围内 的医疗费中、、不属于 股后交额。 大型,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人	→ 主要内容 「	合; ③ . ⑥ . ⑨	†
. 9	. 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计 医疗费 公共保险负担金额 患者负担金额 合计收到金额 各考 ※上述诊疗内容明线 ※请在④栏中填写2 ※属于公共保险范围	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ 无来中风险医的构态	保险范围内 保险范围内 的医疗费中、、不属于 股后交额。 大型,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人	→ 主要内容 「	合; ③ . ⑥ . ⑨	+
	. 其他 □ 诊断书制成费 □ 其他费用合计 医疗费 公共保险负担金额 患者负担金额 合计收到金额 各考 ※上述诊疗内容明约 ※请在④栏中填写约 ※属于公共保保险范围。※②与⑧或⑨与⑩的	① ④ ⑦ ⑩ 世表中中に最大明内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内内	保险范围内 保险范围内 的医疗费中、、不属于 股后交额。 大型,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人,是一个人	→ 主要内容 「	合; ③ . ⑥ . ⑨	+
	. 其他 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 医疗费 □ 公共保险负担金额 □ 合计收到金额 □ 各考 □ ※上述诊疗村中取员证验验,一个证法。 ※②与阅读证别,一个证法。 ※②与问题。 □ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ ta 表共内的 内机 预 和 大 国 在 医 的 内 内 机 不 一 上	保险范围内 的医疗费中、属于2 的医疗费中、 4 原子,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个。 的理费,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,	□ 主要内容 □ 文据明细表 □ 保险范围外 ② ⑤ ⑥ ⑥ ② ⑤ ⑥ ⑥ ② ○ ⑤ ⑥ ⑥ ② ○ ⑤ ⑥ ② ○ ⑥ ⑥ ② ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	- 合t 3 . ⑥ 9	
	. 其他 □	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ ta 表共内的 内机 预 和 大 国 在 医 的 内 内 机 不 一 上	保险范围内 的医疗费中、属于2 的医疗费中、 4 原子,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个。 的理费,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,	中文据明细表 「保险范围外」 ② ⑤ ⑥ ⑧ 公共保险范围内的请填写在①栏 于公共保险范围内的请填写在②栏中。 组金额请填写在⑧栏中。 取的金额。 即栏中记述理由。	合ì ③ ⑥ ⑨ 中。 栏中。	
	. 其他 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 其他费用合计 □ 医疗费 □ 公共保险负担金额 □ 合计收到金额 □ 各考 □ ※上述诊疗村中取员证验验,一个证法。 ※②与阅读证别,一个证法。 ※②与问题。 □ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	① ④ ⑦ ⑩ 邢表中内的内内的内内的内内的内内的内内的内内的内内的内内的内内的内内的内内的内内的内	保险范围内 的医疗费中、属于2 的医疗费中、 4 原子,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个。 的理费,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个,是一个。 是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,是一个,	□ 主要内容 □ 文据明细表 □ 保险范围外 ② ⑤ ⑥ ⑥ ② ⑤ ⑥ ⑥ ② ○ ⑤ ⑥ ⑥ ② ○ ⑤ ⑥ ② ○ ⑥ ⑥ ② ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	合ì ③ ⑥ ⑨ 中。 栏中。	

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<u>1月到12月</u>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。

(左南)	沙 亭 山 宏 明 畑 丰
	年度)	诊疗内容明细表

													_
患者姓名	Š				出生	生年月日				性别			
住院原因的	主要①				玉	际疾病分	类号码(]	(CD10)					ᅦ
伤病名称					玉	际疾病分	类号码(]	(CD10)					ヿ
治疗概定	① <u>②</u>												
						诊疗内容							
1. 住院													
	住院原因的主	巨要怕	5病名称				院期间(2	本格式量		T记载2次)		天数	
1					2 0	/	/	\sim	2 0		/		Ц
2					2 0	/	/	~	2 0	/	/		4
2. 投药		所使	用药剂		用法			ž	剂量		合计	投药天数	
口有	Í			_								天	
				 _								天	
\Box \exists	<i>t</i> c			_							-	天	
				_								天	
3. 注射													
口房	皮下•肌内		静注	点滴									
J	所使用药剂:					使用量:				合计给药天	数:	天	
			静注	点滴	•				_			_	
J	所使用药剂:					使用量:			,	合计给药天	数:	天	
	皮下•肌内		静注	点滴					_				
J	所使用药剂:					使用量:				合计给药天	数:	天	
_			静注	点滴					_				
<u> </u>	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	원:	ì	剂量	(一年间)	次数	(一年间)	一
□ 易	录		. —									次	
	血液				•						-		
	心 电图										-		
	習声波检查										-		
	上述以外的检查	:			•					_			
								 				次	
5. 理疗													\dashv
						一年间实施			_				
6. X光检	查		部位			所使	用药剂		3	剂量(一年	间) 沙	(数(一年间)
	光 □	СТ		 									
□ X	光 □	СТ										次	
\square X	光 □	СТ							_			次	
□ X	光 □	СТ							_				

				诊疗内容				
7. 手术	· 由家 / 注於田	f2T2-4-\			·			
①手术	内容(请简要	学记还)						
								<u> </u>
-								_
	1 2 () + 66 =							
② 手术	(古符)	と记述)						
								<u> </u>
_								
	- 511 52	<u>.</u>	D. m.). take any alla	I) arratta	1 ,,	A -11.	A) 1 # FF	
1	手术技术费	P.	住院管理费	护理费	饮	食费	合计费用	
2								
8. 其他处	置							
①处置	7内容(请简要	更记述)						
_								
_								
@ tl ==		ピコントン						
(2)处置	² 内容(请简要	界记述)						
_								<u> </u>
_								
	处量	置费	材料费	其他费用		合计费用		
	1							
	2			<u>l</u>				
×9. 其他 □ 诊	*断书制成费					-		
	他费用合计			→ 主要	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	/1	3	н гі	
	上 保险负担金额	4		5		6		
患者		7		8		9		
合t	十收到金额	10		•		·		
	备考	11)						
※上: ※请 ※属 ※不,	述诊疗内容明约 在④栏中填写 2 于公共保险范围 属于公共保险范 在⑩栏中填写图	田表中记载的 公共保险负担 国内的医疗型 包围内的医外 医疗机构向原	的医疗费中、不属 担金额。 费中,患者负担部 う费中,患者所负 患者请求付款并收	公共保险范围内的请 于公共保险范围内的 3分的金额请填写者 担金额请填写在⑧栏 取的金额。 ①栏中记述理由。	青填写在②			
 E治医生	 姓名及地均	———— 止						
						病历号	:	
性名: 설				名		职称		
·	医院或诊所	:				电话	:	
日期: _				署名:				

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<u>1月到12月</u>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

Ę	患者姓名							出生	年月日	1						性别				
									齿式											
	右	#1 8 8 #32	7	6	5 5	#5 4 #28	3	2	1	1 1	2	3	4	5 5	6	7	8		左	
			۸,	一上	nìन							ıle.	4-				1 A- 1-	3 CC +	+ # П	
-	\A # \		诊	疗内	谷							齿	式				1年	引肝不	 皮费用	
1.	诊察 初诊日期 实际实施诊疗 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	i																		
3.	投药 □ 有 □	无																		
	药剂1	<i></i>																		
	药剂 2 药剂 3																			
4.	清除牙垢																			
	涂药 药品名科		有		无															
5.	牙周洁治/根面									Ī										
	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																	
			1 2																	_
			3																	_
1				1口 公公																_

	诊疗内容	齿式	费用
8. 充填			
汞合金	1		
	2		
	3		
树脂	1		
	2		
	3		<u> </u>
9. 嵌体/高嵌体			
10. 用充填物堆筑	瓦支台体		
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(如在	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:	<u>医院或诊所</u>		电话:	
日期:		署名 :		

原子弹后遗症认定疾病用(门诊)

性别

- 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。

患者姓名

1

(左 亩 \	2人, 古
	年度)	诊疗内容明细表

国际疾病分类号码(ICD10)

出生年月日

主要伤病	i名称 ②						国际疾病分类	号码(IC	D10)				
	3						国际疾病分类	号码 (IC	D10)				
	1)									ı			
	2												
治疗概													
	3												
							诊疗内容						
1. 门诊													_
	主要	伤症											天数
1						2 0	/	/	~	2 0	/	/	
2						2 0	/	/	~	2 0	/	/	
3						2 0	/	/	~	2 0	/	/	
			一年间有	合计诊	:疗天数	Į.	(1~3)					天	
2. 投药		所包	吏用药剂			用法			剂	量		合计投药	
	有				_								天
П	无				_								天
	78				_				_				天
	皮下•肌内		静注		点滴								
	所使用药剂:					_	使用量:			合计给	药天数:	:	天
	皮下•肌内		静注		点滴		法田具			₹	、 尤工 粉		т.
	所使用药剂: 皮下·肌内		静注		点滴	-	使用量:			台订组	药天数:	1	天
	所使用药剂:	_	111 122		71111-3	_	使用量:			合计给	药天数:	ŧ	天
									_				-
4. 检查			检查内容	容			所使用药剂	:	剂	量(一年	间)	次数 (一	
	尿					-							次
	血液 心电图					-							次 次
	超声波检查					-			_				次
	上述以外的检查	1				_					_		次
						-			_				次

			诊疗内容	
5.	理疗		一年间实施次数	次
6.	X光检查	部位 C T C T C T	所使用药剂	剂量(一年间) 次数(一年间) 次次 次次 次次 次次 次次
7.	手术(住院时请使用		F术内容(请简要记述) 	
8.	其他处置(住院时请		<u>合计费用</u>	
	处.	置费 材料费	其他费用	合计费用
	□ 诊断书制成费 □ 其他费用合计		⇒ _{主要内容} 	
		保险范围内	保险范围外	合计
	 医疗费	1	2	3
	L	1	į daras ir d	1
	公共保险负担金额	4	5	6
	公共保险负担金额 患者负担金额	①⑦	(5) (8)	© 9
		7		
	患者负担金额 合计收到金额 备考 ※上述诊疗内容明约 ※上述诊疗内容明约 ※请在④栏中填写2 ※属于公共保险范围 ※不属于公共保险范围 ※有在⑩栏中填写图	⑦ ⑩ ⑪ ⑪ 歌中记载的医疗费中、属于田表中记载的医疗费中、属于	图 一公共保险范围内的请填写在①栏中。 属于公共保险范围内的请填写在②栏中。 动担金额请填写在②栏中。 动担金额请填写在⑧栏中。 故取的金额。	9
	患者负担金额 合计收到金额 备考 ※上述诊疗内容明约 ※法诊疗内容明约 ※请在④栏中填写2 ※属于公共保险药 ※不属于公共保险药 ※で消在⑩色は目 ※では、20年の。1	① ① ① ① ① ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ②	图 一公共保险范围内的请填写在①栏中。 属于公共保险范围内的请填写在②栏中。 动担金额请填写在②栏中。 动担金额请填写在⑧栏中。 故取的金额。	9 †.
医疗	患者负担金额 合计收到金额 备考 ※上述诊疗内容明约 ※上述诊疗内容明约 ※请在④栏中填短范围。 ※不属于公共保险系 ※有在⑩栏中填写图 ※②与⑧或⑨与⑩的	① ① ① ① ① ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ②	图 一公共保险范围内的请填写在①栏中。 属于公共保险范围内的请填写在②栏中。 动力金额请填写在②栏中。 故取的金额。 E①栏中记述理由。	⑨
医疗	患者负担金额 合计收到金额 备考 ※上述诊疗内容明约 ※法诊疗内容明约 ※请在④栏中填写2 ※属于公共保险药 ※不属于公共保险药 ※で消在⑩色は目 ※では、20年の。1	(⑦) (II) (III) (III) (IIII) (IIIIIIIIIII	图 一公共保险范围内的请填写在①栏中。 属于公共保险范围内的请填写在②栏中。 动担金额请填写在②栏中。 动担金额请填写在⑧栏中。 故取的金额。	9 †.

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
`		- 12/4 4 /4/H/N

患者姓名				出生年月日			性别		
住院原因的主	1)			国际疾病分	类号码(I(CD10)		1	
要伤病名称	2			国际疾病分					
治疗概述	②								
				诊疗内容					
1. 住院				5/11/1					
	院原因的主要的	伤病名称			院期间(本	格式最多可	「记载2次)		天数
1				2 0 /	/		0 /	/	
2	11			2 0 /	/		0 /	/	vist
2. 投药	斯使 ————————————————————————————————————	用药剂	_ ·	用法		剂量 		合计投药	大数 _ 天 _ 天 _ 天 _ 天
3. 注射									
所使	用药剂:	静注	点滴	使用量:			合计给药天数	:	天_
<u></u> 所使	用药剂:			使用量:			合计给药天数	:	天_
	用药剂:	静注	点滴	使用量:			合计给药天数	:	天_
	•肌内 □静 用药剂:	注 □	点滴	使用量:			合计给药天数	:	天_
4. 检查 □ 尿 □ 血液 □ 心电 □ 超声	图波检查	检查内容		所使用药	剂:	剂量 	(一年间)	次数 (-	·年间) 次 次 次
	以外的检查								 次 次
5. 理疗				一年间实					次
6. X光检查 □ X光 □ X光 □ X光	CTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCTCT			所使 	用药剂	3 	剂量(一年间) 次数 - — - — - —	(一年间) 次 次 次

手术								
①手术	や内容(请简要	要记述)						
_								
_								
②手术	(内容 (请简明	要记述)						
_								
	611 63	. 1	A) 4) 66 mm db	I 15 m db	1			
1	手术技术费	Ę.	住院管理费	护理费	饮食		合计费用	
① ②								
	翌	.		<u> </u>				
其他处 ①处置	:直 引内容(请简里	更记述)						
	+ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \							
_								
の小男	建内容(请简 罗	1.1.1.1.1.1						
色处且	1.77分(阴阳3	そに处/						
_								
_								
		W -#h	I. Lakal eth	***		A 11 #h III		
		置费	材料费	其他费	TH	合计费用		
	1	置费	材料费	其他费		合计费用		
(1 2	置 费	材料费	其他费	H	合计费用		
. 其他	① ②	置费	材料费	其他费		合计费用		
. 其他 □ 诊	1 2	置费	材料费		要内容	合计费用		
. 其他 □ 诊	① ② ② 》 》 断 书 制 成 费	星费	材料费			合计费用		
. 其他 □ 诊	① ② ② 》 》 断 书 制 成 费	置费	材料费			合计费用		
. 其他 □ 诊	① ② ② 》 》 断 书 制 成 费	置费	材料费	⇒ ±.	要内容	合计费用		
. 其他 □ 诊	① ② ② 》 》 断 书 制 成 费			火据明细表	要内容	合计费用		
. 其他 □ 诊 □ 其	① ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ②		材料费	→ 主 收据明细表 保険	要内容		合计	
. 其他 以 其	①②② 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上	①		→ 主 收据明细表 (2)	要内容	3	合计	
. 其他	① ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ②	① ④		→ 主 收据明细表 (2) (5) —	要内容	3 6	合计	
. 其他	①②② 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上	① ④ ⑦		→ 主 收据明细表 (2)	要内容	3	合计	
. 其他 。 其 公共保 患者	① ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ②	① ④ ⑦ ⑩		→ 主 收据明细表 (2) (5) —	要内容	3 6	合计	
. 其他 诊 其 公共保	① ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ②	① ④ ⑦ ⑥ ①	保险范围内	→ 主 收据明细表 (2) (5) (8)	要内容	3 6	合计	
. 其他 诊 其 公共保 患者 合计 ※上i	① ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ② ③ ② ② ③ ② ② ③ ② ② ③ ② ③ ② ③ ② ③ ② ③ ② ③ ② ③ ② ③ ② ③ ② ③ ② ③ ② ③	① ④ ⑦ ⑩ ⑪	保险范围内	→ 主 收据明细表 (保格) (最高) (日本) (日	要内容	(3) (6) (9)	合计	
. 其他 诊其 公共保 者 合计 ※上注	①②② 於断书制成费	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ 電表中记载载	保险范围内 保险范围内 的医疗费中、属 的医疗费中、不属	→ 主 收据明细表 (2) (5) (8)	要内容	(3) (6) (9)	合计	
. 其他 诊其 公共保 者 合计 ※上注请嘱 ※属	①②② 於断书制成费 其他费用合计 医疗费 果险负担金额 者负担金额 十收到金额 各考 述诊疗内内填充。 述述诊疗性中险范 正公共保险范	① ④ ⑦ ⑩ ① 取表共内的医疗	保险范围内 保险范围内 医疗费中、不属的医疗费中、不属担金额。 担金额。	→ 主 ・	要内容	(3) (6) (9)	合计	
. 其他 诊其	①②② 於断书制成费 其他费用合计 医疗费 是险负担金额 其个到金额 大心的子内内有填充的 是下,是一个人工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工工	① ④ ⑦ ⑩ ① THU 表共内的内内的内的内的内的内的内的内的内的内的内的内的内的内的内的内的内的内的内	保险范围内 保险范围内 医疗费中、不属的医疗费中、不属力。 担金额。 提升中,患者负担;	→ 主 ・	要内容	(3) (6) (9)	合计	
. 其他 诊其	①②② 於断书制成费 (本)	① ④ ⑦ ⑩ ① THU	保险范围内 (保险范围内 医疗费中、不属的医疗费中、不属力,患者负担的。 (根),是有人,是有人,是有人,是有人,是有人。	→ 主 ・	要内容	(3) (6) (9)	合计	
. 其他 诊其	①②② 於断书制成费 (本)	① ④ ⑦ ⑩ ① THU	保险范围内 (保险范围内 医疗费中、不属的医疗费中、不属力,患者负担的。 (根),是有人,是有人,是有人,是有人,是有人。	→ 主 ・	要内容	(3) (6) (9)	合计	
. 其 他 诊 其	①②② 於断书制成费 (本)	① ④ ⑦ ⑩ ① 表表共內围的疗法的 型形式 电阻公围的 电阻公围的 有人 一种 电记记 的 电记记 的 电记记 的 电记记 的 的 的 电记记 的 的 可 电记记 的 的 可 电记记 的 可 电 可 也 可 的 可 也 可 的 可 可 可 可 的 可 可 可 可 可 可 可	保险范围内 (保险范围内 医疗费中、不属的医疗费中、不属力,患者负担的。 (根),是有人,是有人,是有人,是有人,是有人。	→ 主 ・	要内容	(3) (6) (9)	合计	
. 口口	①② 上版	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ 表表共内围内积不同的形式。	保险范围内 (保险范围内 医疗费中、不属的医疗费中、不属力,患者负担的。 (根),是有人,是有人,是有人,是有人,是有人。	→ 主 ・	要内容	③ ⑥ ⑨ 中。 烂中。	合计	
. □□	①② 上	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ 表表共内围内积不同的形式。	保险范围内 的医疗费中、系统的医疗费中、不成的医疗病。 担金额。患者负担语疗费中,患者有所到患者情况下,请不	上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上 上	要内容	③ ⑥ ⑨ 中:中。 病历号:	合计	
. □□	①② 上	① ④ ⑦ ⑩ ⑪ 表表共内围内域不可以 中中,中国的人员的人员的人员的人员的人员的人员的人员的人员的人员的人员的人员的人员的人员的	保险范围内 的医疗费中、系统的医疗费中、不成的医疗病。 担金额。患者负担语疗费中,患者有所到患者情况下,请不	→ 主 ・	要内容	③ ⑥ ⑨ 中。 烂中。	合计	

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	
姓名		的关 系	
居住国家			
地址			
电话号码	(请从国家号开始填写)		

	属于领	取对象的确认通知编号		_			
	读音						
死者	姓 名						
者	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)

支给申请书 (死亡后申请用)

(读音)								己	故				
女	 生 名								<u>业</u> 对					
足	住国家							即	关	杀				
出														\dashv
					(请	5 从国家位	弋号升	干始均	真写)					
		金	融机构名	宮称										
汇	款账户	总	(支) 行	名称										
			账户号	码										
		贝	长户持有	人										
н	生人病	3	当地货币	ĵ				(直	单位)	(请	勿埻	冥写)	
甲	请金额		日元				日;	元相	当 (*	请勿	填写)	
							_							
	属	于领	取对象的	的确认	通知编	号			-					
	读音													
死者	姓	名												
	死亡时 地	的址												
	死亡年月	月日												
* * *	汇款账	户的:	持有人必	必须是	申请者	的复印件 本人。 业对象的	•				的材	料。		
的保	口上所述, 是健医疗补 了一领取后 我宣誓承	、助费 言,发	と。 対生与该	保健医										
	平成((或公	·历)	年	月	日申请者	針姓名	,					(可签)	名)
	00)知事	軍(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

(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	17		_			
	读音						
姓	变更前的姓名						
性 名 变 更	读音						
更	变更后的姓名						
地址变更	变更前的地址						
	变更后的地址						
电话品	变更前的电话号码	(请从国家号开始填	写)				
电话号码变更	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
	支给申请书(格式1)
	按年度支给申请明细(格式2)
	诊疗内容明细表(格式3至7) ※ 请按年度一并提交。
	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。
	银行存折的复印件等能确认汇款账户账户的材料
	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。