

## 日本国外にお住まいの被爆者の方へ

～在外被爆者保健医療助成事業の手続について～

日本国外にお住まいで、被爆者健康手帳又は被爆時状況確認証（被爆確認証）の交付を受けている方は、医療費の助成を受けることができます。

助成の対象となるのは、2014年1月から12月までの1年間に支払った医療費です。

なお、2014年分より、領収書等による簡便な手続きで支給を受けられる医療費の上限額を年間30万円に引き上げました。

さらに、30万円を超える医療費の自己負担がある場合は、年間の医療内容及び当該費用の額を証明する書類を治療を受けた医療機関に記載していただき、それを添付して申請いただくことにより、上限額を超えて助成を受けることが可能となりました。

申請にあたっては、下記により手続を行ってください。

※ はじめて申請される方で、ご不明な点がある場合は、7ページのお問い合わせ先にご連絡ください。

### 記

#### 1. 申請書類について

2014年1月から12月までの1年間にかかった医療費の自己負担額が30万円以下であるか、30万円を超過しているかを領収書等で確認してください。どちら

に該当するかにより、以下の書類を提出してください。

(1) 自己負担額が30万円以下の場合

① 支給申請書（様式第1号～第1号の3）

8～10ページの様式に必要事項を記入してください。

※ はじめて申請される方は、26ページの受診予定医療機関リストを提出してください。

※ 以前提出していただいた『受診予定医療機関リスト』の記載事項に変更・追加がある場合は、23ページの『確認内容変更届（受診予定医療機関変更）』（様式第3号）を提出してください。

② 本人確認書類

本人であることを証明できる公的機関の証明書（申請日前1か月以内に発行されたもの）を提出してください。

例）戸籍謄本・抄本、公証人（Notary Public）による証明書、在留許可証、居住証明書等のいずれか1点

※ ただし、『支給申請書』（様式第1号）を提出される時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当、特別手当又は原子爆弾小頭症手当を受給されている方は、証明書を提出する必要はありません。

③ 被爆者であることの証明書

次のいずれかの写しを提出してください。

- 被爆者健康手帳
- 被爆時状況確認証（被爆確認証）
- 受給対象確認通知書

※ 氏名・住所・電話番号が変わった場合は、24ページの『確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）』（様式第4号）を提出してください。

④ 振込口座を確認できる書類

通帳の写しなどを提出してください。

⑤ 医療機関からの領収書

2014年1月から12月までの医療機関等からの領収書を提出してください。

なお、医療機関からの領収書には、次の4点の記載があることが必要です。

ア 支払った金額

イ 支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）

ウ 医療機関の名称、所在地、電話番号

エ 支払い年月日

※ 領収書には、支払った金額がわかるよう、必ず該当部分に下線を引いてください。また、申請者本人以外の医療費等が含まれた領収書の場合も同様に、本人分がわかるように必ず本人部分のみに下線を引いてください。

※ 領収書は、原則、原本を提出してください。（やむを得ない事情がある場合については写しでも構いません）

⑥ 受給対象確認申請書（様式第5号）

はじめて申請される方のみ、25ページの様式に、必要事項を記入して、併せて提出してください。

⑦ 受診予定医療機関リスト（様式第6号）

はじめて申請される方のみ、26ページの様式に、  
必要事項を記入して、併せて提出してください。

(2) 自己負担額が30万円を超過している場合

最初に、1年間の総医療費の額をご確認ください。  
総医療費が150万円以上（上限額のおおよそ5倍以上）  
かかっている場合は、以下の書類を提出してください。

なお、以下の書類が準備できない場合は、これまで  
と同様の方法（2ページの1.（1）に記載）により、  
医療にかかった費用がわかる領収書を添付して申請し  
てください。ただし、この場合、お支払いできる金額  
は30万円までとなります。

① 支給申請書（様式第2号～第2号の2）

11～12ページの様式に必要事項を記入してください。

※ はじめて申請される方は、26ページの受診予  
定医療機関リストを提出してください。

※ 以前提出していただいた『受診予定医療機関  
リスト』の記載事項に変更・追加がある場合は、  
23ページの『確認内容変更届（受診予定医療機  
関変更）』（様式第3号）を提出してください。

② 本人確認書類

本人であることを証明できる公的機関の証明書  
（申請日前1か月以内に発行されたもの）を提出  
してください。

例）戸籍謄本・抄本、公証人（Notary Public）に  
よる証明書、在留許可証、居住証明書等のいずれ  
か1点

※ ただし、『支給申請書』（様式第1号）を提出される時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当、特別手当又は原子爆弾小頭症手当を受給されている方は、証明書を提出する必要はありません。

③ 被爆者であることの証明書

次のいずれかの写しを提出してください。

- ・ 被爆者健康手帳
- ・ 被爆時状況確認証（被爆確認証）
- ・ 受給対象確認通知書

※ 氏名・住所・電話番号が変わった場合は、24ページの『確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）』（様式第4号）を提出してください。

④ 振込口座を確認できる書類

通帳の写しなどを提出してください。

⑤ 医療機関が記載した診療内容明細書（様式第2号の3～7）

13～22ページの様式を医療を受けられた医療機関に提出し、入院・外来・歯科ごとに治療内容や支払われた医療費等の明細について、医療機関に記載を依頼してください。

なお、原爆症の認定を受けている方で、その疾病で医療を受けた場合は、医療機関に原爆症の認定を受けた疾病名を伝え、19ページの様式第2号の6又は21ページの様式第2号の7を提出し、他の疾病とは別に記載してもらうよう依頼してください。

⑥ 保険給付等の証明書

医療に要した費用に関して、公的保険など、医療費から控除されるべき給付があった場合は、その金額がわかる資料を添付してください。

- ⑦ 原爆症認定書の写し  
原爆症の認定を受けている方は、提出してください。
- ⑧ 受給対象確認申請書（様式第5号）  
はじめて申請される方のみ、25ページの様式に、必要事項を記入して、併せて提出してください。
- ⑨ 受診予定医療機関リスト（様式第6号）  
はじめて申請される方のみ、26ページの様式に、必要事項を記入して、併せて提出してください。

## 2. 医療費助成の対象期間について

2014年分の保健医療助成費は、2014年1月から12月までの1年間に支払った医療費が対象になります。

## 3. 申請書の提出期限及び送付先について

それぞれの提出期限までに、必ず到着するよう以下の宛先まで郵送してください。

なお、郵送する前に、27ページ（30万円以下の場合）又は28ページ（30万円を超過している場合）のチェックリストで申請に必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

- (1) 30万円以下の場合  
2015年1月30日（金）まで
- (2) 30万円を超過している場合  
2015年3月31日（火）まで

【宛 先】〒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 宛

#### 4. 医療費助成の振込時期について

(1) 30万円以下の場合

2015年3月31日(火)までに、お振り込み  
します。

(2) 30万円を超過している場合

審査終了後に速やかにお振り込みいたします。

※ 審査には、お時間がかかりますので、あらか  
じめご承知おき願います。

※ 口座を変更する場合は、必ずご連絡ください。

#### 5. 受給対象確認通知書について

はじめて申請された方は、広島市から、受給対象確認  
通知書が届きます。

受給対象確認通知書に記載されている受給対象確認通  
知番号は、支給申請書に記載していただくことになり  
ます。

来年以降、申請の際に必要となりますので、大切に保  
管してください。

このお知らせについてのお問い合わせ先

一般財団法人 日本公衆衛生協会 在外被爆者事業担当

電話(telephone) +81-3-3352-4281

ファックス(fax) +81-3-3352-4605

電子メール(e-mail) zaigai@jpha.or.jp

支給申請書（30万円以下の場合）

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	
氏名		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								
振込口座	金融機関名							
	本（支）店名 （※1）							
	本（支）店住所 （※2）							
	口座番号 （※3）							
	口座名義人 （※4）							
申請時点での手当受給の有無（※5）	有 ・ 無							
申請額	現地通貨	（単位）（※ 記載しないこと）						
	日本円	円相当（※ 記載しないこと）						

- ※1 本（支）店名を必ず記入してください。
- ※2 住所を必ず記入してください。
- ※3 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。
- ※4 振込口座は必ず申請者本人名義としてください。
- ※5 この申請の時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当、特別手当又は原子爆弾小頭症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、2014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。

平成（西暦） 年 月 日

申請者氏名

（又はサイン）

（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

広島市長 様



様式第1号の2

支給申請内訳（30万円以下の場合）

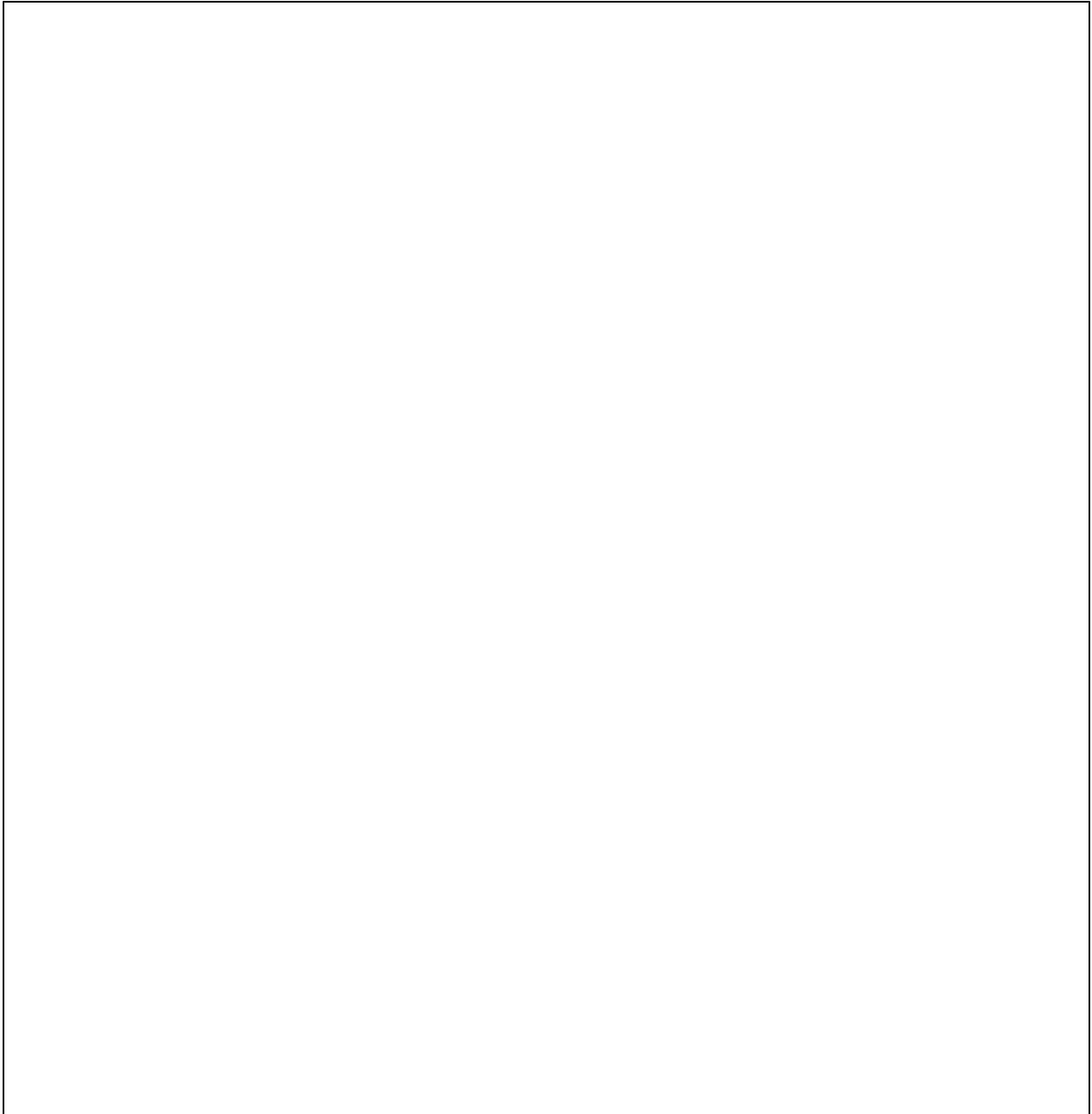
	金額	摘要（入院があった場合、病院名を記載）
1月		
2月		
3月		
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
合計		

（注1）各月の支出額に係る領収書については、月毎に10ページの領収書頒布台紙（様式第1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。

様式第1号の3

( ) 月分領収書頒布台紙



(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2号

支給申請書（30万円を超過している場合）

受給対象確認通知番号				-				
フリガナ		西暦					性別	
氏名		大正和	年	月	日生		男・女	
居住国								
住所								
電話番号	（国番号から記載すること）							
FAX/E-mail								
振込口座	金融機関名							
	本（支）店名 （※1）							
	本（支）店住所 （※2）							
	口座番号 （※3）							
	口座名義人 （※4）							
申請時点での原爆症認定の有無（※5）		有	・	無				
申請時点での手当受給の有無（※6）		有	・	無				
申請額	現地通貨	（単位）（※ 記載しないこと）						
	日本円	円相当（※ 記載しないこと）						

- ※1 本（支）店名を必ず記入してください。
- ※2 住所を必ず記入してください。
- ※3 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。
- ※4 振込口座は必ず申請者本人名義としてください。
- ※5 この申請の時点で、原爆症認定を受けている方は、「有」に○をしてください。
- ※6 この申請の時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当、特別手当又は原子爆弾小頭症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、2014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。

平成（西暦） 年 月 日

申請者氏名

（又はサイン）

（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

広島市長 様

様式第2号の2

支給申請内訳（30万円を超過している場合）

支給年	医療に要した額 ①	保険給付等の額 ②	自己負担相当額 ③（①－②）	備考
2014年				

（注1）「医療に要した額」欄は、医療機関に様式第2号の3から第2号の7の様式を提出した際に、1年間の治療内容の明細や支払われた医療費等の明細を様式に記入してもらい、それを基にして医療に要した総額を記載してください。

（注2）「保険給付等の額」欄は、当該医療を受けたことによる保険給付などがあった場合は、保険会社等から証明書を発行してもらい、証明された給付金額を記載してください。

（注3）「自己負担相当額」欄は、医療に要した額から保険給付等の額を控除した額を記載してください。

（注4）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

様式第2号の3

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

外来用

- ① この様式は、日本の助成制度（原子爆弾被爆者に対する医療費助成）の申請に使用します。
- ② この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。（お問い合わせする場合があります。）
- ③ この様式は外来用です。2014年1月～2014年12月までの1年間分の作成をお願いします。  
 ※ 入院がある場合は、入院用の様式に記載をお願いします。  
 ※ 患者から原爆症認定疾病に関する診療内容の記載を依頼された場合は、別の専用様式に記載をお願いします。  
 ※ この様式と同項目の記載があれば、任意様式でも受け付けますが、領収明細書、署名欄は、必ず記載をお願いします。
- ④ 9.その他には、1～8に該当しない内容を記載してください。

## 2014年分 診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
主要な傷病名	①	国際疾病分類番号(ICD10)			
	②	国際疾病分類番号(ICD10)			
	③	国際疾病分類番号(ICD10)			
治療の概要	①				
	②				
	③				

診療内容				
1. 外来				
	主要な傷病	診療期間		日数
①		20 / / ~ 20 / /		
②		20 / / ~ 20 / /		
③		20 / / ~ 20 / /		
診療日数の年間合計 (①～③) _____ 日				
2. 投薬				
	使用した薬剤	用法	投与量	投薬日数合計
<input type="checkbox"/> 有	_____	_____	_____	_____ 日
<input type="checkbox"/> 無	_____	_____	_____	_____ 日
3. 注射				
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____	_____ 日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____	_____ 日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____	_____ 日
4. 検査				
	検査内容	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 超音波検査	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 上記以外の検査	_____	_____	_____	_____ 回

診療内容				
5. 理学療法				
年間に行った回数				_____ 回
6. X線検査				
	部位	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
7. 手術(入院は別様式に記入してください)				
手術の内容(概略を書いてください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div>				
手術技術料	その他の費用	費用合計		
8. その他の処置(入院は別様式に記入してください)				
処置の内容(概略を書いてください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div>				
処置費用	材料費	その他の費用	費用合計	
9. その他				
<input type="checkbox"/> 診断書作成費用	_____			
<input type="checkbox"/> その他の費用合計	_____ ⇒ 主要内容			

領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

- ※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。
- ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。
- ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。
- ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。
- ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。
- ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。
- ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療録番号: \_\_\_\_\_

名前: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号: \_\_\_\_\_

住所: 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_ 署名: \_\_\_\_\_

様式第2号の4

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

入院用(医科・歯科)

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ③ この様式は入院用です。2014年1月～2014年12月までの1年間分の作成をお願いします。  
 ※ 外来の場合は、外来用の様式に記載をお願いします。  
 ※ 患者から原爆症認定疾病に関する診療内容の記載を依頼された場合は、別の専用様式に記載をお願いします。  
 ※ この様式と同項目の記載があれば、任意様式でも受け付けますが、領収明細書、署名欄は、必ず記載をお願いします。
- ④ 9.その他には、1～8に該当しない内容を記載してください。

2014年分 診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
入院の原因となった主要な傷病名	①	国際疾病分類番号(ICD10)			
	②	国際疾病分類番号(ICD10)			
治療の概要	①				
	②				

診療内容					
1. 入院					
入院の原因となった主要な傷病		入院期間(2回までこの用紙で記入できます。)			日数
①		20 / / ~ 20 / /			
②		20 / / ~ 20 / /			
2. 投薬					
	使用した薬剤	用法	投与量	投薬日数合計	
<input type="checkbox"/> 有	_____	_____	_____	_____日	
	_____	_____	_____	_____日	
<input type="checkbox"/> 無	_____	_____	_____	_____日	
	_____	_____	_____	_____日	
3. 注射					
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____日		
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____日		
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____日		
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____日		
4. 検査					
	検査内容	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)	
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 超音波検査	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 上記以外の検査	_____	_____	_____	_____回	
	_____	_____	_____	_____回	
5. 理学療法					
年間に行った回数					_____回
6. X線検査					
	部位	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)	
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____回	

診療内容					
7. 手術					
①手術の内容(概略を書いてください)					
<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手術の内容(概略を書いてください)					
<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>					
	手術技術料	入院管理費	看護費用	食事費用	費用合計
①					
②					
8. その他の処置					
①処置の内容(概略を書いてください)					
<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処置の内容(概略を書いてください)					
<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>					
	処置費用	材料費	その他の費用	費用合計	
①					
②					
9. その他					
<input type="checkbox"/> 診断書作成費用 _____					
<input type="checkbox"/> その他の費用合計 _____ ⇒ 主な内容 _____					

領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

- ※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。
- ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。
- ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。
- ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。
- ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。
- ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。
- ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名： \_\_\_\_\_ 診療録番号： \_\_\_\_\_

名前： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号： \_\_\_\_\_

住所： 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_



様式第2号の5

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

歯科用

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ③ この様式は歯科診療用です。2014年1月～2014年12月までの1年間分の作成をお願いします。  
※ この様式に記載しきれない場合は、複数枚を使用するか、任意の様式で記載をお願いします。
- ④ 14.その他には、1～13に該当しない内容を記載してください。

2014年分 歯科診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
-----	--	------	--	----	--

歯式																	
永久歯																	
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	

診療内容	歯式	1年間にかかった料金
1. 診察 初診日 _____ 診療を行った実日数 _____ 診断管理料1 _____ 診断管理料2 _____		
2. レントゲン 咬翼型 _____ 標準型 _____ パノラマ断層撮影 _____		
3. 投薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬剤1 _____ 薬剤2 _____ 薬剤3 _____		
4. 歯垢除去 薬物塗布 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬品名 _____		
5. スケーリング・ルートプレーニング 歯周ポケット搔爬 _____ 歯周外科手術 _____		
6. 抜歯 その他手術 _____		
7. 歯髄覆罩 歯髄切断 _____ 根管治療 1 _____ 2 _____ 3 _____ 根管 _____		

様式第2号の5

診療内容	歯式	料金
8. 充填		
アマルガム 1		_____
2		_____
3		_____
レジン 1		_____
2		_____
3		_____
9. インレー・アンレー		_____
10. 充填物による支台築造		
メタルコア		_____
その他 _____		_____
11. 冠		
ポーセレン・金		_____
銀合金		_____
その他 _____		_____
12. ブリッジ		
支台歯		_____
ポンティック		_____
13. 有床義歯		
義歯修理		_____
14. その他 (上記以外の項目があれば記載してください)		
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
診断書		_____

領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。  
 ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。  
 ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。  
 ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。  
 ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名： \_\_\_\_\_ 診療録番号： \_\_\_\_\_

名前： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号： \_\_\_\_\_

住所： 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

様式第2号の6

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

原爆症認定疾病用(外来)

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式は、原爆症認定疾病用(外来)です。2014年1月～2014年12月までの1年間分の作成をお願いします。
  - ※ 患者から原爆症認定疾病に関する診療内容の記載を依頼された場合は、この様式に記載をお願いします。
  - ※ 入院がある場合は、原爆症認定疾病用(入院)の様式に記載をお願いします。
  - ※ 原爆症認定疾病以外の医療については、入院用、外来用の別の様式にそれぞれ記載をお願いします。
  - ※ この様式に記載しきれない場合は、複数枚を使用するか、任意の様式で記載をお願いします。
- ③ この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ④ 9.その他には、1～7に該当しない内容を記載してください。

2014年分 診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
主要な傷病名	①	国際疾病分類番号(ICD10)			
	②	国際疾病分類番号(ICD10)			
	③	国際疾病分類番号(ICD10)			
治療の概要	①				
	②				
	③				

診療内容				
1. 外来				
	主要な傷病	診療期間		日数
①		20 / / ~ 20 / /		
②		20 / / ~ 20 / /		
③		20 / / ~ 20 / /		
診療日数の年間合計 (①～③) _____ 日				
2. 投薬	使用した薬剤	用法	投与量	投薬日数合計
<input type="checkbox"/> 有	_____	_____	_____	_____ 日
<input type="checkbox"/> 無	_____	_____	_____	_____ 日
3. 注射				
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤:	_____	使用量:	_____	投与日数合計: _____ 日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤:	_____	使用量:	_____	投与日数合計: _____ 日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤:	_____	使用量:	_____	投与日数合計: _____ 日
4. 検査	検査内容	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 超音波検査	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 上記以外の検査	_____	_____	_____	_____ 回

診療内容				
5. 理学療法				
年間に行った回数				_____ 回
6. X線検査				
	部位	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
7. 手術(入院は別様式に記入してください)				
手術の内容(概略を書いてください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>				
手術技術料		その他の費用	費用合計	
8. その他の処置(入院は別様式に記入してください)				
処置の内容(概略を書いてください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>				
処置費用		材料費	その他の費用	費用合計
9. その他				
<input type="checkbox"/> 診断書作成費用 _____				
<input type="checkbox"/> その他の費用合計 _____ ⇒ 主な内容 _____				

領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。  
 ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。  
 ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。  
 ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。  
 ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療録番号: \_\_\_\_\_  
 名前: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号: \_\_\_\_\_  
 住所: 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_  
 日付: \_\_\_\_\_ 署名: \_\_\_\_\_

様式第2号の7

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

原爆症認定疾病用(入院)

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式は、原爆症認定疾病用(入院)です。2014年1月～2014年12月までの1年間分の作成をお願いします。  
 ※ 患者から原爆症認定疾病に関する診療内容の記載を依頼された場合は、この様式に記載をお願いします。  
 ※ 外来の場合は、原爆症認定疾病用(外来)の様式に記載をお願いします。  
 ※ 原爆症認定疾病以外の医療については、入院用、外来用の別の様式にそれぞれ記載をお願いします。  
 ※ この様式に記載しきれない場合は、複数枚を使用するか、任意の様式で記載をお願いします。
- ③ この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ④ 9.その他には、1～7に該当しない内容を記載してください。

2014年分 診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
入院の原因となつた主要な傷病名	①	国際疾病分類番号(ICD10)			
	②	国際疾病分類番号(ICD10)			
治療の概要	①				
	②				

診療内容					
1. 入院					
入院の原因となつた主要な傷病		入院期間(2回までこの用紙で記入できます。)			日数
①		20	/	/	~ 20 / /
②		20	/	/	~ 20 / /
2. 投薬	使用した薬剤	用法	投与量	投薬日数合計	
<input type="checkbox"/> 有	_____	_____	_____	_____日	
<input type="checkbox"/> 無	_____	_____	_____	_____日	
3. 注射					
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴	使用した薬剤:	使用量:	投与日数合計: _____日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴	使用した薬剤:	使用量:	投与日数合計: _____日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴	使用した薬剤:	使用量:	投与日数合計: _____日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴	使用した薬剤:	使用量:	投与日数合計: _____日
4. 検査	検査内容	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)	
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 超音波検査	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 上記以外の検査	_____	_____	_____	_____回	
5. 理学療法					
年間に行った回数					_____回
6. X線検査	部位	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)	
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____回	

診療内容					
7. 手術					
①手術の内容(概略を書いてください)					
<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手術の内容(概略を書いてください)					
<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>					
	手術技術料	入院管理費	看護費用	食事費用	費用合計
①					
②					
8. その他の処置					
①処置の内容(概略を書いてください)					
<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処置の内容(概略を書いてください)					
<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>					
	処置費用	材料費	その他の費用	費用合計	
①					
②					
9. その他					
<input type="checkbox"/> 診断書作成費用 _____					
<input type="checkbox"/> その他の費用合計 _____ ⇒ 主な内容 <span style="float: right; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 30px; width: 50px;"></span>					

領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。  
 ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。  
 ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。  
 ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。  
 ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療録番号: \_\_\_\_\_  
 名前: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号: \_\_\_\_\_  
 住所: 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_  
 日付: \_\_\_\_\_ 署名: \_\_\_\_\_

様式第3号

確認内容変更届（受診予定医療機関変更）

平成（西暦） 年 月 日

広島市長 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）

平成（西暦） 年 月 日

広島市長 様

（変更後）住 所

（変更後）氏 名

㊞  
（又はサイン）

下記のとおり変更しましたので、受給対象確認通知書、被爆者健康手帳、被爆時状況確認証（被爆確認証）のいずれかの写しを添えて届け出ます。

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		平成（西暦） 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。



様式第5号

※ はじめて申請される方は、必ず提出してください。すでに登録済みの方は、ご提出不要です。

受給対象確認申請書

フリガナ		西暦		性別
氏名		明治	年 月 日生	男・女
		大正		
		昭和		
居住国				
フリガナ				
住所				
電話番号	(国番号から記載のこと)			
FAX/E-mail				
種別	<input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 被爆時状況確認証 (又は被爆確認証) <small>※ いずれかに○を付けること</small>			
交付都道府県・市		/		
被爆者健康手帳番号				-
被爆時状況確認証 (又は被爆確認証) 番号				

上記のとおり、保健医療助成費の受給対象者であることの確認を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

平成 (西暦)      年      月      日

申請者氏名

Ⓜ  
(又はサイン)

(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

広島市長 様

様式第6号

※ はじめて申請される方は、必ず提出してください。すでに登録済みの方は、ご提出不要です。

## 受診予定医療機関リスト

(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)

平成(西暦)

年 月 日

広島市長 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)

## 提出書類チェックリスト（30万円以下の場合）

※ 書類を提出する前に、このチェックリストで必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

チェック欄	提出書類
<input type="checkbox"/>	支給申請書（30万円以下の場合）（8ページ）
<input type="checkbox"/>	支給申請内訳（30万円以下の場合）（9ページ）
<input type="checkbox"/>	本人であることを証明できる公的機関の証明書（申請日前1か月以内に発行されたもの）（戸籍謄本・抄本、公証人（Notary Public）による証明書、在留許可証、居住証明書等） ※ 支給申請書を提出される時点で、 <u>健康管理手当、保健手当、医療特別手当、特別手当又は原子爆弾小頭症手当を受給されている方は、必要ありません。</u>
<input type="checkbox"/>	受給対象確認通知書、被爆者健康手帳、被爆時状況確認証（被爆確認証）のいずれかの写し
<input type="checkbox"/>	通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類
<input type="checkbox"/>	医療機関からの領収書（10ページの領収書頒布台紙に貼り付けたもの） ※1 領収書には、支払った金額がわかるよう、必ず該当部分に下線を引いてください。 ※2 本人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。
<input type="checkbox"/>	確認内容変更届（受診予定医療機関（23ページ）、住所等（24ページ）を変更された場合のみ）

※はじめて申請される方は、併せて以下の書類の提出が必要です。

<input type="checkbox"/>	受給対象確認申請書（25ページ）
<input type="checkbox"/>	受診予定医療機関リスト（26ページ）

## 提出書類チェックリスト（30万円を超過している場合）

※ 書類を提出する前に、このチェックリストで必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

チェック欄	提出書類
<input type="checkbox"/>	支給申請書（30万円を超過している場合）（11ページ）
<input type="checkbox"/>	支給申請内訳（30万円を超過している場合）（12ページ）
<input type="checkbox"/>	本人であることを証明できる公的機関の証明書（申請日前1か月以内に発行されたもの）（戸籍謄本・抄本、公証人（Notary Public）による証明書、在留許可証、居住証明書等） ※ 支給申請書を提出される時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当、特別手当又は原子爆弾小頭症手当を受給されている方は、必要ありません。
<input type="checkbox"/>	受給対象確認通知書、被爆者健康手帳、被爆時状況確認証（被爆確認証）のいずれかの写し
<input type="checkbox"/>	通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類
<input type="checkbox"/>	医療機関が記載した診療内容明細書（13～22ページ）
<input type="checkbox"/>	保険給付等の証明書 ※ 診療内容明細書に保険給付等の金額が記載されており、他に保険給付等の金額がない場合には、不要です。
<input type="checkbox"/>	確認内容変更届（受診予定医療機関（23ページ）、住所等（24ページ）を変更された場合のみ）
<input type="checkbox"/>	原爆症認定書の写し（原爆症の認定を受けている方のみ）

※はじめて申請される方は、併せて以下の書類の提出が必要です。

<input type="checkbox"/>	受給対象確認申請書（25ページ）
<input type="checkbox"/>	受診予定医療機関リスト（26ページ）