

お詫び

「医療費等の申請に関するご案内」の 記載誤り訂正のご連絡

2017年11月
厚生労働省
広島県

本年5月に送付しました標記ご案内について、一部記載誤りがあ
りました。深くお詫び申し上げますとともに、以下のとおり訂正を
させていただきます。

今後、このような誤りのないよう、厚生労働省、広島県とも注意
して取り組んで参ります。

<訂正箇所>

対象となる医療費等について、保険料も対象と受け取れる記載を
していましたが、対象となるのは医療費及び健康診断費用であり、
保険料は対象となりません。そのため、下記赤枠内の記載を訂正し
ます。

3 ページ 1. (2) 対象となる医療費等 訂正前

(2) 対象となる医療費等

次の費用について、年間30万円を上限に支給します。

○ 2017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

**※保険料と医療費の両方を申請することはできま
せん。**



訂正後

(2) 対象となる医療費等

次の費用について、年間30万円を上限に支給します。

○ 2017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

削除

医療費等の申請に関するご案内

2017年11月
厚生労働省
広島県

2016年1月から、日本国外に居住する方についても、居住国で負担した医療費の自己負担を、被爆者援護法（以下「法律」といいます。）により支給できることになりました。

これに伴い、従来からの保健医療助成費の申請と法律に基づく医療費の申請が併用できるようになりましたので、それぞれの申請方法についてご案内します。

1. 領収書等による簡便な申請 （保健医療助成費の申請）

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2ページの表でお示しします。2017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

(2017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	39,063 ARS
オーストラリア連邦	オーストラリア・ドル	3,427 AUD
ボリビア多民族国	ボリビア・ノ	17,493 BOB
ブラジル連邦共和国	レアル	7,966 BRL
カンボジア王国	リエル	10,830,325 KHR
カナダ	カナダ・ドル	3,520 CAD
中華人民共和国	人民元	18,171 CNY
EU	ユーロ	2,495 EUR
香港	香港ドル	20,325 HKD
インドネシア共和国	ルピア	31,578,947 IDR
マレーシア	リングgit	11,198 MYR
メキシコ合衆国	ペソ	43,103 MXN
モロッコ王国	モロッコ・ディルハム	25,554 MAD
ニュージーランド	ニュージーランド・ドル	3,722 NZD
ペルー共和国	ソル	8,251 PEN
フィリピン共和国	フィリピン・ペソ	127,119 PHP
ベネズエラ・ボリバル共和国	ボリバル・フェルテ	27,003 VEF
サウジアラビア王国	サウディ・リヤル	9,839 SAR
シンガポール共和国	シンガポール・ドル	3,724 SGD
スウェーデン王国	スウェーデン・クローナ	23,364 SEK
スイス連邦	スイス・フラン	2,677 CHF
台湾	ニュー台湾ドル	79,156 TWD
タイ王国	バーツ	90,361 THB
英国	UK ポンド	2,089 GBP
アメリカ合衆国	アメリカ合衆国ドル	2,670 USD
ウルグアイ東方共和国	ウルグアイ・ペソ	77,121 UYU
ベトナム社会民主主義共和国	ドン	57,692,308 VND

※2017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30万円を上限に支給します。

- 2017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) 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30万円を超えた額については、4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。

(4) その他

申請書の最終提出期限は、2018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、支給上限額30万円までは、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時間がかかります。あらかじめご了承ください。

(5) 申請手続

青色の書類をご参照ください。

2. 30万円を超えた場合等の申請 (法律に基づく医療費の申請)

30万円を超えた自己負担部分は、法律に基づき申請を行うことが出来ます。

(1) 対象者

- 保健医療助成費の上限額（30万円）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 既に保健医療助成事業で助成を受けたもの 等

【日本の公的医療保険で対象にならない主なもの】	
○ 診療行為として認められていないもの	
・ 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	
○ 給付対象となっていない診療行為や補装具など	
・ 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	
・ メガネや補聴器	
・ 予防接種	
・ 先進医療	等

(3) その他

- 法律に基づく申請は、30万円の上限額を超過していなくても申請はできますが、病名や治療内容が分かる医師所見書等の書類が必要で、手続きが煩雑になります。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、法律に基づく申請の場合には、領収書等による簡便な支払の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。

30万円までの自己負担額は1ページの領収書等による簡便な支払いの申請をご利用できますので、ご検討ください。

- 以下の期間について、必要な書類を添付して法律に基づき申請いただければ、審査の上で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給付を受けていな

い期間

- ・被爆者健康手帳を取得してから2003年までの期間

(4) 申請手続

桃色の書類をご参照ください。

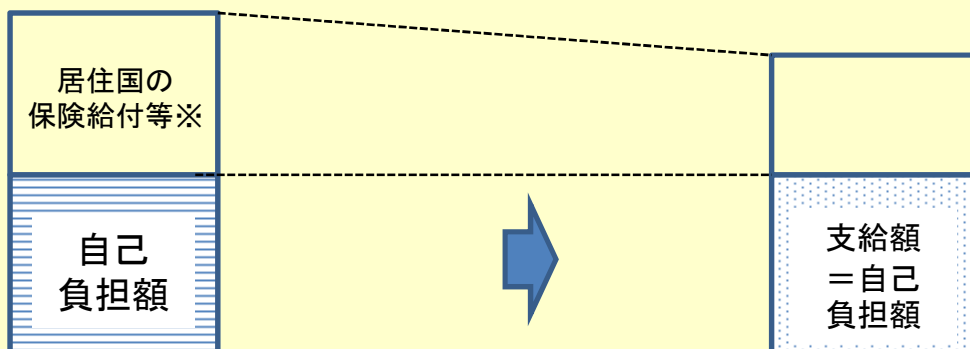
【計算方法】

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)

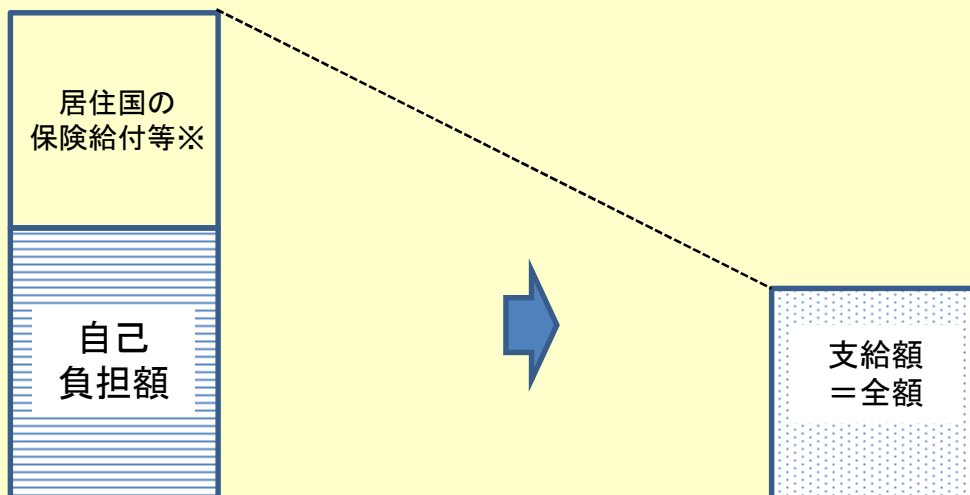


②居住国の医療の内容が日本の医療の内容より相当高額の場合

⇒ **日本の診療報酬に換算した額を全額支給**

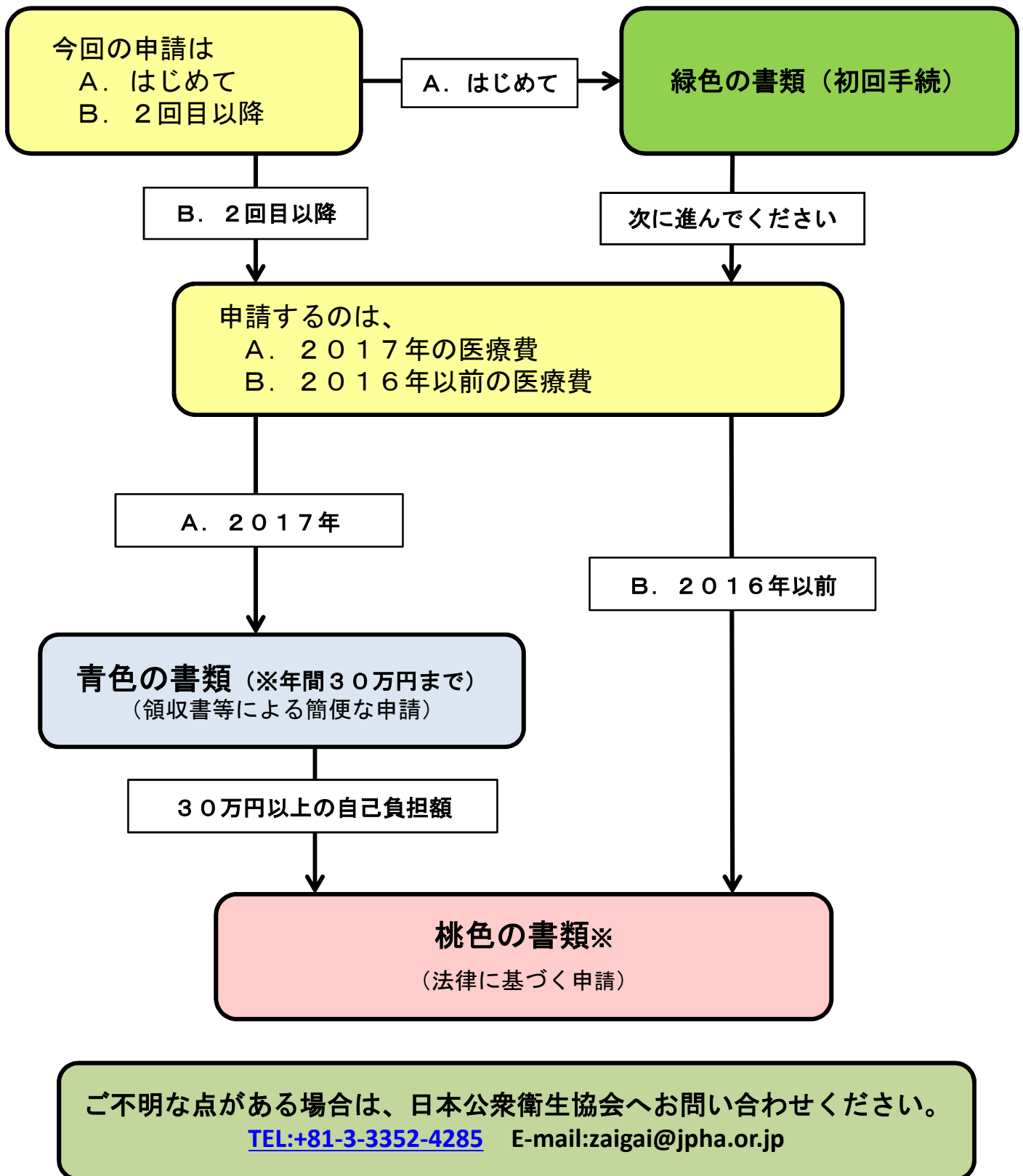
※ただし、自己負担額が支給額を上回る

(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。

【申請書類の選び方 ~このフローチャートでご確認下さい~】



※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、手続が煩雑になります。

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

◆提出書類

対象となる医療費等について、次の書類を提出してください。
提出の際は、3ページのチェックリストで必要書類がそろっているか確認してください。

1. 保健医療助成費支給申請書（4ページ、様式第1号）
2. 支給申請内訳（5ページ、様式第1号の2）
3. 自己負担額が証明できる領収書等の書類
4. 本人確認書類
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
6. 振込先口座を確認できる書類
7. 受診医療機関リスト（7ページ、様式第2号）

以下に該当する方は、1～7の書類に加え、次の書類も提出してください。

（住所等の届出事項の変更がある場合）

8. 確認内容変更届（8ページ、様式第3号）

（遺族が亡くなった被爆者の医療費等を申請する場合）

9. 保健医療助成費支給申請書（死亡後申請用）（9ページ、様式第4号）

※ 1の代わりに9を提出してください。

10. 死亡届（10ページ、様式第5号）
11. 家族関係が証明できる書類

◆申請書の提出時期など

申請書の最終提出期限は、2018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、支給上限額30万円までは、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時間がかかります。あらかじめご了承ください。

【提出先】

〒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
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
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
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
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、4ページから10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。

提出書類チェックリスト（医療費） （領収書等による簡便な申請手続用）

※ 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	番号	提出書類
<input type="checkbox"/>	1	保健医療助成費支給申請書（様式第1号）
<input type="checkbox"/>	2	支給申請内訳（様式第1号の2）
<input type="checkbox"/>	3	<p>自己負担が確認できる領収書等の書類</p> <p>※1 領収書には、次の4点の記載があるものを提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支払った金額 ・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。 ・医療機関の名称、所在地、電話番号 ・支払い年月日 <p>※2 必要に応じて以下の書類も添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<input type="checkbox"/>	4	<p>本人確認書類（申請日前1か月以内に発行されたもの） （戸籍謄本・抄本、公証人による証明書（Notary public）、在留許可証、居住証明書等）</p> <p>※ 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、医療特別手当又は特別手当を受給されている方は、必要ありません。</u></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	振込先口座を確認できる書類（通帳の写しや小切手等）
<input type="checkbox"/>	7	受診医療機関リスト（様式第2号）

以下の書類は必要に応じて提出してください。

<input type="checkbox"/>	8	<p>確認内容変更届（様式第3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4号）※ 1の代わりに9を提出してください。</p>
<input type="checkbox"/>	10	死亡届（様式第5号）
<input type="checkbox"/>	11	<p>家族関係が証明できる書類</p> <p>※ 9～11の書類は、遺族が亡くなった被爆者の医療費を申請する場合のみご提出ください。</p>

※ はじめて申請される方は、緑色の案内をご覧になって、初回登録のための書類も提出してください。

保健医療助成費支給申請書（医療費）

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						
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							
	本（支）店住所							
	口座番号							
	口座名義人							
申請時点での手当受給の有無		有 ・ 無						
自己負担額	現地通貨							(単位)

- ※ 振込先口座については、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。
- ※ 振込先口座については、必ず申請者名義の口座としてください。
- ※ 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、2017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 _____[㊞]
(又はサイン)

※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

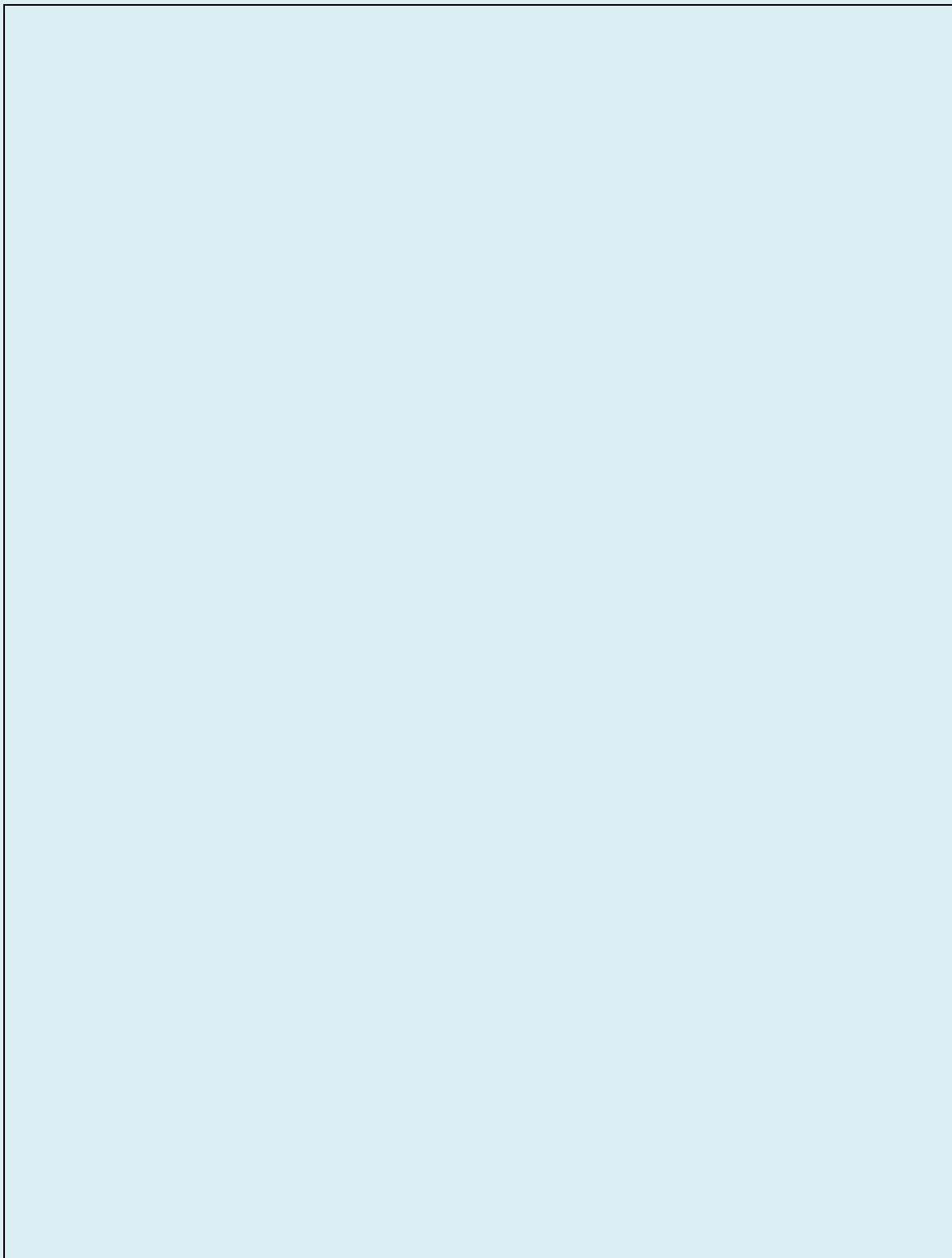
広島県知事 様

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6ページの領収書貼付台紙（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。



(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

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 _____ (印)
 （又はサイン）

※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		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。

※ 本届出は保健医療助成事業の申請のための届出あり、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	
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	
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		
	本（支）店住所		
	口座番号		
	口座名義人		
申請額	現地通貨	（単位）	

- ※ 振込先口座については、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。
- ※ 振込先口座については、必ず申請者名義の口座としてください。
- ※ 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添付してください。

上記のとおり、死亡者_____に対する2017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

⑩

（又はサイン）

※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)			
氏名		被爆者 との続柄	
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。

30万円を超えた場合等の申請手続 (法律に基づく申請手続)

◆提出書類

対象となる医療費について、次の書類を提出してください。提出の際は、3ページのチェックリストで必要書類がそろっているか確認してください。

1. 医療費・一般疾病医療費支給申請書（4ページ、様式第1号）
2. 自己負担額が証明できる領収書等の書類
3. 治療内容、病名などが分かる医師所見書等の書類
4. 本人確認書類
5. 被爆者健康手帳の写し
6. 振込先口座を確認できる書類

以下に該当する方は、1～6の書類に加え、次の書類も提出してください。

（医療特別手当を受給している場合）

7. 認定書の写し

（住所等の届出事項の変更がある場合）

8. 確認内容変更届（5ページ、様式第2号）

（遺族が亡くなった被爆者の医療費を申請する場合）

9. 医療費・一般疾病医療費支給申請書（死亡後申請用）
（6ページ、様式第3号）

※ 1の代わりに9を提出してください。

10. 死亡届（7ページ、様式第4号）
11. 家族関係が証明できる書類

※ 従来どおり、日本公衆衛生協会から振り込みを行うためには、医療費の受領を、日本公衆衛生協会に委任していただく必要があります。受領を委任する場合は、申請書の該当欄で「委任する」を選択してください。

◆申請書の提出時期など

申請書を受付けたものから、順次、審査して支給します。
医療機関等へ医療費等の支払いをしてから5年が経過するまでは、いつでも申請することができます。

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、支給までに時間がかかります。あらかじめご了承ください。

【提出先】

〒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

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

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

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

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、4ページから7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。

提出書類チェックリスト

(30万円を超えた場合等の申請手続用)

※ 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	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（様式第1号）
<input type="checkbox"/>	2	自己負担が確認できる領収書等の書類 ※1 領収書には、次の4点の記載があるものを提出してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・支払った金額 ・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。 ・医療機関の名称、所在地、電話番号 ・支払い年月日 ※2 必要に応じて以下の書類も添付してください。 <ul style="list-style-type: none"> ・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
<input type="checkbox"/>	3	治療内容、病名などが分かる医師所見書等の書類
<input type="checkbox"/>	4	本人確認書類（申請日前1か月以内に発行されたもの） （戸籍謄本・抄本、公証人による証明書（Notary public）、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、医療特別手当又は特別手当を受給されている方は、必要ありません。</u>
<input type="checkbox"/>	5	被爆者健康手帳の写し
<input type="checkbox"/>	6	振込先口座を確認できる書類（通帳の写しや小切手等）

以下の書類は必要に応じて提出してください。

<input type="checkbox"/>	7	認定書の写し ※ 医療特別手当を受給している場合のみご提出ください。
<input type="checkbox"/>	8	確認内容変更届（様式第2号） ※ 住所等の変更があった場合のみご提出ください。
<input type="checkbox"/>	9	医療費・一般疾病医療費支給申請書（死亡後申請用） （様式第3号） ※ 1の代わりに9を提出してください。
<input type="checkbox"/>	10	死亡届（様式第4号）
<input type="checkbox"/>	11	家族関係が証明できる書類 ※ 9～11の書類は、遺族が亡くなった被爆者の医療費を申請する場合のみご提出ください。

※はじめて申請される方は、緑色の案内をご覧になって、初回登録のための書類も提出してください。

医療費・一般疾病医療費支給申請書

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						
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							
	本(支)店住所							
	口座番号							
	口座名義人							
医療費(一般疾病医療費)の受領を日本公衆衛生協会に				委任する ・ 委任しない				
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		有			・		無	
自己負担額	現地通貨							(単位)

※ 振込先口座については、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。

※ 振込先口座については、必ず申請者名義の口座としてください。

※ 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



(又はサイン)

※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

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 _____ (印)

（又はサイン）

※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		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。

※ 本届出は保健医療助成事業の申請のための届出あり、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。

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

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

2. 申請者について記載してください。

フリガナ 氏名		被爆者 との続柄	
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		
	本（支）店住所		
	口座番号		
	口座名義人		
医療費（一般疾病医療費）の受領を日本公衆衛生協会に		委任する ・ 委任しない	
自己負担額	現地通貨	（単位）	

- ※ 振込先口座については、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。
- ※ 振込先口座については、必ず申請者名義の口座としてください。
- ※ 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添付してください。

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 _____ (印)
(又はサイン)

※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)			
氏名		被爆者 との続柄	
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。

初めての申請の際の手続きについて

◆必要な提出書類

初めて申請をされる方は、次の書類を提出してください。

- ・ 受給対象確認申請書

◆申請書の提出時期など

医療費の支給申請書と同封して、遅くとも2018年1月31日
(水)までに到着するよう、以下の宛先まで郵送してください。

【提出先】〒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

電話 +81-3-3352-4285

ファックス +81-3-3352-4605

電子メール zaigai@jpha.or.jp

※ 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	年	月	日生	性別
氏名		大正				男・女
		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						
交付都道府県・市						
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						

上記のとおり、保健医療助成費、医療費又は一般疾病医療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 _____ (印)
(又はサイン)

※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