

일본 국외에서의 원폭증 인정 신청에 대하여

2010년 4월 1일부터 일본 국외에 거주하시는 피폭자(피폭자 건강 수첩을 교부받은 분을 말합니다)께서는 일본에 오시지 않아도 원폭증 인정 신청을 할 수 있게 되었습니다.

1. 신청 접수

거주 지역에 가까운 일본 정부의 대사관 또는 영사관(타이완의 경우에는 재단법인 교류협회입니다. 이하 ‘영사관 등’이라고 합니다)에서 신청을 접수합니다.

신청 시에는 본인 확인 등이 필요하므로 신청자 본인이 영사관 등을 방문하여 직접 수속을 하는 것이 원칙이지만, 부득이한 경우에는 대리인도 신청할 수 있습니다(우편 접수는 받지 않습니다).

2. 신청에 필요한 서류 등

신청에는 인정 신청서, 의사 의견서, 신청 질병에 관한 검사 보고서 등의 서류가 필요합니다. 필요 서류는 3페이지에 기재되어 있습니다.

3. 심사

영사관 등에서 본인 확인과 서류의 기재 누락 등이 있는지 확인합니다.

접수된 신청 서류는 후생노동성으로 송부됩니다.

신청 서류를 접수한 후생노동성은 원폭증으로 인정할 수 있는지 전문가의 의견을 청취하여 심사합니다(심사에 관련된 방침은 23페이지에 기재되어 있습니다).

심사 과정에서 신청자 본인에게 문의를 하거나 신청하신 질병과 관련된 서류를 추가로 제출할 것을 요청하는 경우가 있습니다.

4. 의료 특별 수당 신청

원폭증으로 인정되면 의료 특별 수당이 도도부현 지사, 히로시마 시장 또는 나가사키 시장에 의해 지급됩니다.

후생노동성대신에게 원폭증 인정을 신청할 때는 도도부현 지사, 히로시마 시장 또는 나가사키 시장에게 의료 특별 수당 신청을 함께 해야 합니다.

의료 특별 수당 신청도 영사관 등에서 신청할 수 있습니다.

원폭증 인정 신청과 함께 신청해 주십시오.

신청에 필요한 서류는 3페이지 기재되어 있습니다.

5. 문의처

궁금하신 점은 거주하시는 국가·지역 등에 가까운 영사관 등 또는 후생노동성으로 문의해 주십시오.

후생노동성 건강국 총무과 원자폭탄 피폭자 원호대책실

전 화 81-3-5253-1111

FAX 81-3-3502-3090

후생노동성

목차

○원폭증 인정 제도란	1
○원폭증 인정을 받기 위한 수속	1
○상세 신청 서류	3
○결과 통지	6
○원폭증이 인정된 경우의 주의 사항	6
○원폭증 인정 신청 서류 및 기재 예	9~12
○원폭증 인정 신청자 여러분께	13~22
○심사 방침	23
○의료 특별 수당 신청 서류 및 기재 예	24~27
○계좌 송금 의뢰서	28
○진술서	29
(대리 신청용)	
○위임장	30

1. 원폭증 인정 제도란

피폭자가 원자폭탄에 의한 방사선이 원인으로 질병에 걸려, 현재 의료를 필요로 하는 상태에 있다는 것을 후생노동대신이 인정하는 제도를 말합니다.

원폭증 인정은 ‘피폭자인 것을 인정’(피폭자 건강 수첩 교부)하거나, 피폭자가 원자폭탄에 의한 방사선의 영향을 부정할 수 없는 질병에 걸린 것을 인정(건강 관리 수당 지급)하는 것과는 다릅니다.

원폭증 인정 심사는 ‘새로운 심사 방침’(2013년 12월 16일 개정)에 근거해, 신청된 질병의 ‘방사선 기인성’ 및 ‘의료 필요성’을 전문가로 구성된 심사회에서 심사합니다.

후생노동대신으로부터 원폭증 인정을 받으면, 도도부현시로부터 ‘의료 특별 수당’을 받을 수 있습니다. 해당 질병이 나온 후에는 ‘특별 수당’을 받을 수 있습니다. 의료 특별 수당을 받기 위해서는 원폭증 인정 신청과는 별도로 도도부현, 히로시마시 또는 나가사키시에 의료 특별 수당 인정을 신청해야 합니다.

2. 원폭증 인정을 받기 위한 수속

(1) 원폭증 인정 신청 서류를 준비해, 거주하시는 지역에 가까운 영사관 등을 방문하여 신청해 주십시오. 인정된 경우에 의료 특별 수당을 지급받기 위한 의료 특별 수당 인정 신청 서류도 함께 제출해 주십시오(신청 서류에 관한 설명은 3페이지에 기재되어 있습니다).

※ 신청 시에는 본인 확인 등이 필요하므로 신청자 본인이 영사관 등을 방문하여 직접 신청하는 것이 원칙이지만, 부득이한 사정이 있는 경우에는 대리인이 신청할 수도 있습니다(우편 접수는 받지 않습니다).

- (2) 신청 서류는 거주하시는 지역에 가까운 영사관 등에 제출하시면 본인 확인과 필요 서류에 기재 누락이 없는지 등을 확인합니다. 그 후 영사관 등에 접수된 원폭증 인정 신청 서류는 도도부현, 히로시마시 또는 나가사키시를 경유해 후생노동성으로 송부되고, 의료 특별 수당 인정 신청 서류는 도도부현, 히로시마시 또는 나가사키시로 송부되어 심사를 받습니다.

심사 과정에서 신청자 본인에게 문의하거나 주치의나 과거에 진료를 받은 의료기관에 검사 서류 등의 제출을 요청하는 경우가 있습니다.

이러한 문의와 추가 자료 요청은 매우 중요하므로, 정확하게 답변해 주십시오.

- (3) 원폭증 인정 심사에서는 신청자가 예를 들어 폭심지로부터 어느 정도의 거리에서 피폭되었는가와 같은 정보가 대단히 중요합니다(도도부현, 히로시마시 또는 나가사키시가 피폭자 건강 수첩 교부시에 인정한 피폭 지점, 입시(入市) 일자와 입시 장소를 기초로 심사합니다).

그러므로 후생노동성이 도도부현, 히로시마시 또는 나가사키시로부터 신청자가 과거에 피폭자 건강 수첩을 취득할 때 제출했던 신청서를 제공받아 심사에 참고하는 경우가 있습니다.

- (4) 원폭증 인정 심사는 전문가의 의견을 청취하여 심사하므로 일정 기간이 소요됩니다.

또한, 인정 받은 경우에 지급되는 의료 특별 수당은 신청일이 속한 달의 다음 달에 소급되어 지급되므로, 심사에 시간이 걸렸다고 해서 지급되는 의료 특별 수당의 금액에는 영향이 없습니다. 단 현재 건강 관리 수당을 지급받고 계신 경우에는 이미 지급된 건강 관리 수당과 의료 특별 수당의 차액이 지급됩니다.

(예)

- 2014년 4월에 원폭증 인정과 의료 특별 수당 인정을 신청한 경우 일정 기간 후에 원폭증으로 인정되면, 의료 특별 수당은 2014년 5월분 부터 소급 지급됩니다.

3. 상세 신청 서류

신청에는 본인 확인 등을 위한 서류, 원폭증 인정 신청 서류, 의료 특별 수당 인정 신청 서류가 필요합니다.

【주의】 신청서 수신처

○원폭증 인정 신청서의 수신처는 후생노동대신입니다.

○의료 특별 수당 인정 신청서의 수신처

- 현재 건강 관리 수당 등을 지급받고 있는 경우

→지급받고 있는 도도부현 지사, 히로시마 시장 또는 나가사키 시장

- 수당을 지급받고 있지 않은 경우

→피폭자 건강 수첩을 교부받은 도도부현 지사, 히로시마 시장 또는 나가사키 시장

※ 피폭자 건강 수첩을 여러 개 소지한 경우는 마지막에 교부받은

도도부현 지사, 히로시마 시장 또는 나가사키 시장

원폭증 인정 및 의료 특별 수당 신청을 위한 필요 서류 등

【본인 확인에 필요한 서류】

- ① 해당 국가의 중앙 정부 또는 지방 정부가 발행한 유효기간 내의 사진이 부착된 신분증명서나 그 밖의 본인 확인이 가능한 증명서(원본) 및 그 사본(2부)

예) 여권, 운전면허증, 외국인등록증, 노동 허가증, 영주권증, 주민등록증 등

또는 본인임을 증명할 수 있는 원칙적으로 신청일 전 1개월 이내에 공공기관이 발행한 증명서(1부) 및 그 사본(1부)

예) 가족관계증명서, 기본증명서, 공증인에 의한 증명서, 체류허가증, 거주증명서 등

② 신분증명서 등으로 현주소를 확인할 수 없는 경우는 현주소를 확인할 수 있는 서류(1부) 및 그 사본(1부)

예) 공공 요금 청구서(또는 영수증), 본인 앞으로 온 우편물, 거주증명서, 주민등록등본 등

【대리인이 신청할 경우】

상기②의 서류 외에 추가로 다음 서류가 필요합니다.

- (a) 신청자 본인이 직접 신청할 수 없는 사유를 설명하는 신청자 본인의 진술서(1부) 및 그 사본(1부)
- (b) 대리인 신청을 위한 위임장(1부) 및 그 사본(1부)
- (c) 대리인에 대한 상기①의 서류
- (d) 신청자 본인에 대하여 신청일 전 1개월 이내에 발행된 본인임을 증명할 수 있는 공공기관의 증명서(1부) 및 그 사본(1부)

※ (a) 및 (b)는 일본어 또는 영어로 기재해 주십시오.

【원폭증 신청 서류】

③ 인정 신청서(1부) 및 그 사본(1부)

④ 의사 의견서(1부) 및 그 사본(1부)

(※ 복수의 질병을 신청해 복수 의료기관의 의사 의견서를 제출하는 경우에는 각각의 원본 및 사본 1부)

⑤ 심사에 필요한 첨부 서류(원본의 사본 1부)

※ 신속한 심사를 위해 신청 시에 현재 병력과 진단 근거, 현재 치료 내용 등을 확인할 수 있는 서류를 첨부해야 합니다. 신청 질병이나 부상 종류에 따라 필요 서류가 다릅니다. 자세한 내용은 13페이지에 기재되어 있으므로, 의사에게 보여주고 서류를 준비하게 해 주십시오.

※ ③은 원칙적으로 일본어로 기재해 주십시오. 단 성명 및 현지 주소는 현지어로도 작성 가능합니다.

※ ④ 및 ⑤는 원칙적으로 일본어 또는 영어로 기재해 주십시오.

※ ③, ④ 및 ⑤ 모두, 일본어 또는 영어로 기재하기가 곤란할 경우에는 현지어로 기재해 신청하는 것도 가능하지만, 그럴 경우 후생노동성에서 번역을 하고 그것을 기초로 심사가 이루어지기 때문에 통상적인 신청보다 시간이 소요된다는 점, 번역으로 인해 신청자의 의도가 충분히 반영되지 못할 우려가 있다는 점을 잘 알고 제출해 주십시오.

【의료 특별 수당 신청 서류】

⑥ 의료 특별 수당 인정 신청서(1부) 및 그 사본(1부)

※ 원폭증 인정 신청과 동시에 신청하실 경우, 신청서의 ‘법률 제11조 제1항의 인정 유무’, ‘부상 또는 질병의 명칭’, ‘인정 번호’, ‘인정 연월일’은 공란으로 남겨 두십시오.

※ 원폭증 인정 신청과 동시에 신청하실 경우, 의사 진단서는 생략할 수 있습니다.

⑦ 피폭자 건강 수첩(원본) 및 그 수첩의 성명, 거주지 등이 기재되어 있는 해당 페이지 사본(2부)

⑧ 계좌 송금 의뢰서(1부) 및 그 사본(1부)

※ 계좌 송금 의뢰서는 영어(활자체)로 기재해 주십시오.

⑨ 신청자 본인 명의의 예금 통장(원본) 및 그 사본(2부)

또는 예금 계좌 증명서(1부) 및 그 사본(1부)

【신청 서류 입수 방법】

각종 신청서류는 거주하시는 지역에 가까운 영사관 등 또는 그 영사관 등의 홈페이지, 후생노동성의 홈페이지

(홈페이지 주소: http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/genbaku/index.html)

등에서 다운로드해 주십시오.

4. 결과 통지

심사 결과, 후생노동성으로부터 원폭증이 인정되면 신청자 본인에게 원폭증 인정서와 의료 특별 수당 증서가 발송됩니다.

또한, 심사 결과 원폭증으로 인정되지 못한 경우에는 그 취지가 신청자 본인에게 통지됩니다.

5. 원폭증이 인정된 경우의 주의 사항

원폭증이 인정되어 의료 특별 수당을 지급받고 있는 분은 각종 신고를 해야 합니다. 또한 인정을 받은 질병이나 부상이 완치된 경우 등에는 원폭증 인정서 및 의료 특별 수당 증서를 반환해야 하며, 이와 동시에 의료 특별 수당 지급이 정지됩니다.

(1) 인정을 받은 질병과 부상이 완치되었을 때 또는 신청자가 사망했을 때

- 의료 특별 수당은 인정을 받은 질병이나 부상이 완치되었을 때 또는 신청자가 사망했을 때는 해당일이 속한 달의 지급분까지 지급됩니다.
- 인정을 받은 질병과 부상이 완치되었을 때는 의료 특별 수당 지급으로 변경해 특별 수당을 지급 받을 수 있습니다.
- 원폭증 인정서와 의료 특별 수당 증서 반환, 사망 신고 등 수속이 필요합니다. 의료 특별 수당을 지급받고 있는 도도부현, 히로시마시 또는 나가사키시에 연락해 필요한 수속을 밝아 주십시오

※만일 인정을 받은 질병과 부상이 완치되었을 때 또는 신청자가 사망한 날이 속한 달의 다음 달 이후에도 수당을 지급받은 경우에는 수당을 반환해야 합니다.

수당을 지급받던 분이 사망한 경우에는 장례비를 신청할 수 있으므로 반드시 신고해 주십시오.

(2) 의료 특별 수당을 지급받고 있는 분은 다음 사항을 신고해야 합니다.

【현황 신고】

매년 5월 1일부터 같은 달 31일까지의 기간 동안 성명, 거주지 및 수당 증서의 기호 번호를 기재한 신고서에 본인임을 증명할 수 있는 공공기관이 발행한 증명서(신청일 전 1개월 이내에 발행한 것에 한합니다)를 첨부해, 수당을 지급하고 있는 도도부현 지사, 히로시마 시장 또는 나가사키 시장에게 제출해 주십시오.

자세한 수속 정보는 수당을 지급하고 있는 도도부현, 히로시마 시 또는 나가사키시로 문의해 주십시오.

※ 다음 사항을 신청 또는 신고한 날로부터 1년 이내에 도래하는 5월 31일이 속한 해에는 신고서를 제출할 필요가 없습니다.

- 의료 특별 수당, 원자폭탄 소두증 수당 신청
- 의료 특별 수당 수급자의 건강 상황 신고
- 성명 변경 신고
- 거주지 변경 신고
- 일본 국내로의 거주지 변경 신고
- 일본 국외로의 거주지 변경 신고

【건강 상황 신고】

신청한 날로부터 3년이 경과될 때마다 그 경과일이 속한 해의 5월 1일부터 같은 달 31일까지의 기간 동안(아울러 방사선 백내장 등은 신청일로부터 1년을 경과하는 날이 속한 달의 1일부터 말일까지의 기간에도 제출해 주십시오) 성명, 생년월일, 성별, 거주지 및 수당 증서의 기호 번호, 후생노동대신의 인정을 받은 질병과 부상 명칭을 기재한 신고서에 진단서를 첨부하여 수당을 지급하고 있는 도도부현 지사, 히로시마 시장 및 나가사키 시장에게 제출해

주십시오.

자세한 수속 정보는 수당을 지급하고 있는 도도부현, 히로시마시 또는 나가사키시로 문의해 주십시오.

현황 신고서와 건강 상황 신고서를 정당한 이유 없이 제출하지 않을 경우에는 수당 지급이 정지되므로 반드시 신고해 주십시오.

인 정 신 청 서

성명		성별		생년월일	
주소					
전화번호			피폭자건강수첩 번호		
부상명 또는 질병명					
피폭시 상황 (입시 상황 포함) (※1)					
피폭직후 증상 및 그 후의 건강상태 개요 (※2)					

원자폭탄피폭자에 대한 원호에 관한 법률 제11조제1항의 규정에 따라 인정받기 위해 관계서류를 첨부하여 신청합니다.

년 월 일

신청자 성명 (인)

후생노동대신 귀하

(※1) 피폭지점 및 그 주변상황에 대하여 기재해 주십시오.

피폭후 입시(入市)한 경우에는 입시일자, 입시경로 및 그 후의 행동, 체제시간을 기재해 주십시오.

또한 피폭자건강수첩 내용을 참고하여 기재하시고 그 사본을 첨부해 주십시오.

(※2) 피폭직후의 증상과 피폭시 이후부터 현재까지의 건강상태 변화 등을 기재해 주십시오. 치료나 각종 검사를 받은 객관적인 자료가 있으면 함께 첨부해 주시기 바랍니다.

비고 : 분량이 많은 경우에는 별지에 기재하시기 바랍니다.

의 건 서

년 월 일작성

피폭자 성명		생년월일	
부상명 또는 질병명		피폭자건강 수첩번호	
기왕증(既往症) (※1)			
현증(現症)소견 (※2)			
해당 부상 또는 질병에 관한 원자폭탄 방사 선기인성 등에 대한 의사 의견 및 그 이유 (※3)			
필요한 치료 내용 및 기간 (※4)	내용	기간(통원) (입원)	

의료기관 명칭 및 주소
의 사 성 명

(인)

- (※1) 과거 질병 및 그 시기 등에 대하여 구체적으로 작성해 주십시오.
- (※2) 현재 증상 및 소견, 이력 등에 대하여 구체적으로 작성해 주십시오.
- (※3) 방사선에 기인한 질병으로 판단되는 경우, 그 근거를 적어 주십시오.
명확하지 않은 경우에는 별도의 기재가 없어도 무방합니다.
- (※4) 가능한 상세히 작성해 주십시오.

인정 신청서 기재예

인정 신청서					
성명	○ ○ ○	성별	남	생년월일	1927년 10월 1일
주소					
전화번호	012-345-6789	피폭자건강수첩 번호	9876543		
부상명 또는 질병명	위암				
피폭시 상황 (입시 상황 포함) (※1)	8월 6일에는 히로시마 폭격으로부터 5km 떨어진 ○○초의 ○○공장에 있었습니다. 힘이 팽방불명이 되었기 때문에 다음 날 히로시마 시내에 왔으니 같습니다. 8시에 ○○초 차역을 출발하여 9시 즈음 요코가와역 부근에 도착하였고, 노카이치미치, 네미조, 후쿠시마조를 지나 피어모...				
피폭직후 증상 및 그 후의 건강상태 개요 (※2)	피폭 직후에는 급성증상이 없었습니다. 35세에 선택 1976년- 원연 1982년 위배양 1990년 백내장 1995년 교열암 2001년 간기능장애 2008년 위암				
원자폭탄피폭자에 대한 원호에 관한 법률 제11조제1항의 규정에 따라 인정받기 위해 관계서류를 첨부하여 신청합니다.					
년 월 일					
후생노동大臣 귀하				신청자 서명 (인)	

신분증명서 등에 기재된
현 주소지를 기입해 주십시오.

의사 의견서와 동일한 질병명을
기입해 주십시오.

원폭투하시에 어디서 무엇을 하고
있었으며, 그 후의 행동내용, 입시
(入市)한 경우에는 입시시간, 체제
시간, 경로 등을 가능한 상세히
작성해 주십시오.
분량이 많은 경우에는 별지에 작성
하여 첨부해 주십시오.

피폭후 얼마 지나지 않아 급성증상이
나타난 경우, 그 내용을 기입해
주십시오.
피폭후 현재까지의 건강상태와 질병
을 앓았다면 그 병명을 기재해
주십시오.

- (※1) 피폭자전 및 그 주변상황에 대하여 기재해 주십시오.
피폭후 입시(入市)한 경우에는 입시인사, 입시경로 및 그 후의 행동, 체제시간을
기재해 주십시오.
또한 피폭자건강수첩 내용을 참고하여 기재하시고 그 사본은 첨부해 주십시오.
- (※2) 피폭직후의 증상과 피폭시 이후부터 현재까지의 건강상태 변화 등을 기재해
주십시오. 치료나 약물 검사를 받은 객관적인 자료가 있으면 함께 첨부해 주시기
바랍니다.

비고 : 분량이 많은 경우에는 별지에 기재하시기 바랍니다.

의사 의견서 기재예

의 견 서
 년 월 일작성

피복자 성명	○ ○ ○	생년월일	1927년 10월 1일
부상명 또는 질병명	위암 ← 피복자건강수첩번호	9876543	
기왕증(既往症) (※1)	간기능장애 빈혈		
현증(現症)소견 (※2)	2008년 3월 12일, 본원에서 위. 절제술 시행 현재 3개월에 1회씩 봉합을 통한 FOLLOW UP 실시		
해당 부상 또는 질병에 관한 위자복탄 방사선기인성 등에 대한 의사 의견 및 그 이유 (※3)			
필요한 치료 내용 및 기간 (※4)	내용	기간(동원) (일원)	

인정 신청서와 동일 질병명을
기입해 주십시오.

과거의 질병명을 기입해
주십시오.

신청 질병에 대하여
발병에서 현재까지의 경과,
치료내용을 기입해 주십시오.

신청 질병에 대하여
방사선에 기인한 특징 등이
있으면 기입해 주십시오.
(명확하지 않은 경우에는
공란이어도 무방합니다.)

향후 예정 중인 치료내용,
기간에 대하여 기입해
주십시오.

의료기관 명칭 및 주소
의 사 성 명 (인)

- (※1) 과거 질병 및 그 시기 등에 대하여 구체적으로 작성해 주십시오.
- (※2) 현재 증상 및 소견, 이력 등에 대하여 구체적으로 작성해 주십시오.
- (※3) 방사선에 기인한 질병으로 판단되는 경우, 그 근거를 적어 주십시오.
명확하지 않은 경우에는 별도의 기재가 없어도 무방합니다.
- (※4) 가능한 상세히 작성해 주십시오.

원폭증 인정 신청자 여러분께

일본국 후생노동성

원폭증 인정을 위해서는 신청 질병이 ①원자폭탄의 방사선에 기인했다는 사실, ②실제로 의료를 필요로 하는 상태라는 사실을 확인할 필요가 있습니다. 신속하게 심사 결과를 알려 드리기 위해 심사에 필요한 서류를 별지에 기재하였으므로(신청하시는 질병에 따라 다릅니다), 신청하실 때는 의료기관의 의사 선생님과 상담하신 후 필요한 서류를 제출해 주십시오.

별지의 서류는 전형적인 예를 표기한 것이므로, 신청자 여러분 개개인의 상황에 따라 추가로 서류 제출을 요청할 경우도 있습니다. 이 점 널리 양해를 부탁드립니다.

<주치의 선생님께>

원폭증 인정 심사를 할 때는 진단과 치료 내용을 확인하기 위해 신청 질병마다 별지에 기재한 서류가 필요합니다. 일람표에 첨부 서류의 유무(없을 경우에는 이유)를 기재하신 후 제출해 주십시오. 신속한 심사를 위한 조치이므로 이해와 자료 제출에 대한 협조를 부탁드립니다. 서류는 옮겨 적지 마시고, 원본의 사본으로 제출해 주십시오.

원폭증 인정 신청에 필요한 첨부 서류 일람표

신청자 성명 _____

신청 질병명 _____

상기의 신청자와 관련된 원폭증 인정 신청과 관련해, 의견서의 현재 증상의 소견을 보충하기 위해 심사에 필요한 서류를 제출합니다.

년 월 일

의료 기관명

의료 기관 소재지

의사 성명

신청에 필요한 서류	첨부 서류 유무 (반드시 해당되는 곳에 ○)	서류가 첨부되어 있지 않은 경우의 이유 등 '없음'일 경우에는 이유를 기재해 주십시오(타 의료 기관에서 실시 또는 보관 중인 경우는 그 의료 기관 명·주치의명).
① 현재 병력을 알 수 있는 서류	있음 · 없음	
② 진단 근거를 알 수 있는 서류(※신청 질병마다 필요한 서류가 다르므로, 확인 후 (가)~(바) 중 필요한 부분에 기재해 주십시오.)		
(가)	있음 · 없음	
(나)	있음 · 없음	
(다)	있음 · 없음	
(라)	있음 · 없음	
(마)	있음 · 없음	
(바)	있음 · 없음	
③ 현재 치료의 구체적 내용을 알 수 있는 서류	있음 · 없음	
④ 위험 인자, 환자의 과거 병력 유무	있음 · 없음	'있음'을 선택한 경우에는 내용, 상황 등에 관한 서류를 첨부

신청 질병이 고형암 등 악성 신생물일 경우

- (1) 현재 병력을 알 수 있는 서류(소개장, 일지 등)
- (2) 진단 근거를 알 수 있는 서류(다음 가~라의 서류)
 - 가. 병리 조직 검사를 실시한 경우에는 해당 보고서
 - 나. 영상 진단 등(내시경 검사, CT, PET, MRI, 뼈 스캔 그래피 등)의 보고서(소견과 관련된 영상 페이지 포함)
 - 다. 혈액 검사(종양 표지자 등) 보고서
 - 라. 수술, 방사선 치료, 화학 요법 등의 치료를 실시한 경우는 해당 보고서 등
- (3) 현재 치료의 구체적 내용(항암제, 호르몬제 등의 투여 상황 등)을 알 수 있는 서류
- (4) 생활력, 직업력, 흡연력, 음주력 등 발암에 영향을 미칠 가능성이 있는 위험 인자의 유무를 알 수 있는 서류(위험 인자가 있는 경우에는 내용, 상황 등을 알 수 있는 서류(일지 등)).

신청 질병이 백혈병 등(림프 조직, 조혈 조직 및 관련 조직의 악성
신생물)일 경우

(1) 현재 병력을 알 수 있는 서류(소개장, 일지 등)

(2) 진단 근거를 알 수 있는 서류(다음 가~다의 서류)

가. 병리 조직 검사나 골수 천자를 실시한 경우에는 해당 보고서

나. 특수 염색 검사나 세포 표면 형질 검사, 염색체·유전자 검사를 실시한
경우는 해당 보고서

다. 기타 진단과 관련된 검사 보고서(M단백, 면역 글로블린, 가용성 인터류킨
2 리셉터, HTLV-1 항체, 영상 진단(악성 림프종) 등)

(3) 현재 치료의 구체적인 내용을 알 수 있는 서류

신청 질병이 부갑상선 기능 항진증일 경우

- (1) 현재 병력을 알 수 있는 서류(소개장, 일지 등)
- (2) 진단 근거를 알 수 있는 서류(다음 가~바의 서류)
 - 가. 자각 증상 유무를 알 수 있는 서류(진료 기록 카드 등이 있는 경우는 해당 서류)
 - 나. 타각 증상(골다공증, 결석 등) 유무를 알 수 있는 서류(타각 증상이 있는 경우는 검사 보고서 등)
 - 다. PTH 검사 보고서(intact PTH 수치가 바람직함)
 - 라. 혈청 Ca와 P수치의 경시적 추이를 알 수 있는 검사 보고서
 - 마. 영상 진단(초음파, CT, 신티그래프 등) 보고서(소견과 관련된 영상 페이지 포함)
 - 바. 수술을 한 경우는 병리 조직 검사 보고서 및 수술 후의 PTH 수치, 혈청 Ca와 P수치 검사 보고서
- (3) 현재 치료의 구체적 내용을 알 수 있는 서류
- (4) 속발성 부갑상선 기능 항진증 제외 진단을 위한 서류(속발성 부갑상선 기능 항진증을 초래할 가능성이 있는 과거 병력이 있는 경우에는 내용, 상황 등에 관한 서류(BUN, 크레아티닌 등 신장 기능 검사 보고서 등이 있는 경우는 해당 서류))

신청 질병이 심근경색일 경우

- (1) 현재 병력을 알 수 있는 서류(소개장, 일지 등 급성기 임상 경과를 알 수 있는 서류)
- (2) 진단 근거를 알 수 있는 서류(급성기 증상, 검사 및 치료 관련 다음 가~마의 서류)
 - 가. 심전도 검사 기록 및 보고서
 - 나. 트로포닌, CK-MB 등 혈액 검사 보고서
 - 다. 관상 동맥 조영 검사, 좌실 조영 검사 보고서
 - 라. 영상 진단 등(흉부 X선 검사, 심장 초음파, 심근 신티그래피 등)의 보고서
(소견과 관련된 영상 페이지 포함)
 - 마. 관상 동맥 우회술, 경피적 관상 동맥 형성술 등을 실시한 경우에는 해당 수술 등의 소견을 알 수 있는 서류
- (3) 현재 치료의 구체적 내용을 알 수 있는 서류
- (4) 고혈압, 지방질 이상증, 당대사 이상 등의 이환력, 흡연력 기타 심근경색 발생에 영향을 미칠 가능성이 있는 위험 인자의 유무를 알 수 있는 서류(위험 인자가 있는 경우에는 내용, 상황 등에 관한 서류(일지 등))

신청 질병이 갑상선 기능 저하증일 경우

- (1) 현재 병력을 알 수 있는 서류(소개장, 일지 등)
- (2) 진단 근거를 알 수 있는 서류(진단 당초의 검사·치료에 관한 다음 가~바의 서류)
 - 가. 치료 전후의 임상 경과 및 증상의 추이에 관한 의사 의견
 - 나. 치료 시작 전, 시작 후의 갑상선 호르몬 검사 보고서(TSH, free-T4의 추이를 알 수 있는 서류)
 - 다. 항 TPO 항체(갑상선 페록시다아제 항체) 검사 보고서
 - 라. 항티로글로블린 항체 검사 보고서
 - 마. 갑상선 초음파 검사 보고서(소견과 관련된 영상 페이지 포함)
 - 바. 수술을 실시한 경우에는 해당 수술의 소견을 알 수 있는 서류
- (3) 현재 치료의 구체적 내용을 알 수 있는 서류(치료에 이용하는 약제와 투약량(알약 수가 아닌 마이크로그램 단위로 기재할 것) 관련 서류)
- (4) 속발성 갑상선 기능 저하증 제외 진단을 위한 서류(속발성 갑상선 기능 저하증을 초래하는 과거 병력의 유무를 알 수 있는 서류. 또한, 과거 병력이 있는 경우에는 그 내용, 상황 등에 관한 서류)

신청 질병이 간염·간경변일 경우

- (1) 현재 병력을 알 수 있는 서류(소개장, 일지 등)
- (2) 진단 근거를 알 수 있는 서류(다음 가~라의 서류)
 - 가. 바이러스 표지자, 기타 원인 검색을 위해 이루어진 검사 보고서
 - 나. 간 기능 검사(AST(GOT)/ALT(GPT)/Alb/ γ -GTP 등) 등의 보고서(최근 1년 이상의 경시적 추이를 알 수 있는 서류)
 - 다. 영상 진단(초음파, CT 등) 등의 보고서(소견과 관련된 영상 페이지 포함)
 - 라. 간 생검을 실시한 경우에는 병리 조직 검사 보고서
- (3) 현재 치료의 구체적인 내용을 알 수 있는 서류(치료에 사용하는 약제명이나 투약량 등 치료 내용을 나타내는 처방전이나 진료 기록 카드 등)
- (4) 수혈력, 수술력 등의 치료력, 비만, 음주력, 당뇨병 등의 생활력, 약제성, 그 외 만성 간염·간경변 발생에 영향을 미칠 가능성이 있는 위험 인자의 유무를 알 수 있는 서류(위험 인자가 있는 경우에는 내용, 상황 등에 관련된 서류※)

※비만 유무(BMI(신장, 체중)) 및 음주력 유무(음주력이 있는 경우에는 1일(또는 1주일)당 음주량 및 연수)를 알 수 있는 서류를 첨부할 것.

신청 질병이 방사선 백내장(가령성 백내장 제외)일 경우

- (1) 현재 병력을 알 수 있는 서류(초진 시와 신청 시의 진료 기록 카드를 첨부할 것)
- (2) 진단 근거를 알 수 있는 서류(다음 가~마의 서류. 단 안내(眼內) 렌즈 삽입술을 실시한 경우에는 다음 가~다와 관련해서는 수술 전 상태를 나타내는 서류도 첨부할 것)
 - 가. 시력 검사 결과를 알 수 있는 서류(현재의 나안 시력, 교정 시력 및 굴절 등이 명확한 서류)
 - 나. 수정체 혼탁 위치가 명확한 서류(세극등 현미경 검사 사진 또는 스케치 등. 후낭하 혼탁이 있는 경우에는 해당 부위에 초점을 맞출 것)
 - 다. 안저 소견이 명확한 서류(사진 또는 스케치 등)
 - 라. 광간섭 단층계(OCT)에 의한 검사를 실시한 경우에는 그 결과를 알 수 있는 서류
 - 마. 생활 기능 장애 정도에 관한 의사 의견(예: 장보기를 할 수 없다 등)
- (3) 현재 치료의 구체적 내용을 알 수 있는 서류(가 또는 나 관련 서류도 첨부할 것)
 - 가. 수술이 예정된 경우에는 그 일시를 명확하게 알 수 있는 서류(진료 기록 카드 등)
 - 나. 수술 예정이 없는 경우에는 그 이유를 알 수 있는 서류(진료 기록 카드 등)
- (4) 백내장 위험 인자(당뇨병, 부갑상선 기능 항진증 등의 이환력, 스테로이드 치료력, 기타) 유무를 알 수 있는 서류(이와 같은 위험 인자가 있는 경우에는 내용, 상황 등을 알 수 있는 서류(일지 등))

신청 질병이 그 외의 질병일 경우

- (1) 현재 병력을 알 수 있는 서류(소개장, 일지 등)
- (2) 진단 근거를 알 수 있는 서류(혈액 검사, 영상 진단, 병리 진단 또는 기타 검사 결과 관련 보고서 등)
- (3) 현재 치료의 구체적 내용을 알 수 있는 서류

새로운 심사 방침에 의한 원폭증 인정 구조

I 방사선 기인성 판단

1 적극적으로 인정하는 범위

- ① 악성 종양(고형 암 등)
- ② 백혈병
- ③ 부갑상선 기능 항진증

- ① 심근경색
- ② 갑상선 기능 저하증
- ③ 만성 간염 · 간경변

방사선 백내장
(가령성 백내장 제외)

가 피폭 지점이 폭심지에서 약 3.5km 이내인 사람
나 원폭 투하로부터 약 100 시간 이내에 폭심지에서 약 2km 이내로 들어온 사람
다 원폭 투하로부터 약 100시간 경과 후 약 2주일 이내의 기간 안에 폭심지에서 약 2km 이내의 지점에 1주일 정도 이상 체류한 사람
※가,나,다의 경우는 원칙적으로 인정

가 피폭 지점이 폭심지에서 약 2.0km 이내인 사람
나 원폭 투하로부터 다음 날까지 폭심지에서 약 1.0km 이내로 들어온 사람

피폭 지점이 폭심지로부터 약 1.5km 이내인 사람

해당하지 않거나

2 종합적으로 판단

‘적극적으로 인정하는 범위’에 해당하는 경우 이외의 신청의 경우

기인성을 종합적으로 판단
(신청자의 피폭선량, 환자의 과거 병력, 환경 인자, 생활력 등을 종합적으로 감안)

II 의료 필요성 판단

‘현재 의료를 필요로 하는 상태’에 해당하는지 여부를 당해 질병 등의 상황에 근거해 개별적으로 판단

인정

신청서

서기 년 월 일 제출

- 1. 건강관리수당인정
- 2. 보건수당인정
- 3. 보건수당액개정
- 4. 의료특별수당인정
- 5. 특별수당인정
- 6. 원자폭탄소두증수당인정

신청서

귀하

성명	인	생년월일				성별
		서기	년	월	일	남 · 여
수첩에 기재되어 있는 거주지		마지막으로 교부 받은 피폭자건강수첩에 관한 사항	(도도부현·시의 명칭)			
			도(都)·도(道)·부(府)·현(縣)·시(市) (해당되는 것에 O 표를 하십시오)			
현재 거주지		주소				
		전화번호 ()				
건강관리수당의 수급 유무		유 · 무	보건수당의 수급 유무		유 · 무	
의료특별수당의 수급 유무		유 · 무	특별수당의 수급 유무		유 · 무	
원자폭탄소두증수당의 수급 유무		유 · 무				
건강관리수당	원자폭탄피폭자 원호에 관한 법률 제 27 조 제 1 항에 규정된 장애를 수반하는 질병에 관한 사항	장애명	1 조혈기능 장애	7 신장기능 장애		
			2 간기능 장애	8 수정체 혼탁에 의한 시기능 장애		
			3 세포증식기능 장애	9 호흡기기능 장애		
			4 내분비선기능 장애	10 운동기기능 장애		
			5 뇌혈관 장애	11 제양에 의한 소화기기능 장애		
			6 순환기기능 장애			
첨부 서류		병명(A)				
		상기(A) 질병에 대한 진단서(건강관리수당용)				
보건수당	보건수당증서의 기호 번호					
	원자폭탄피폭자 원호에 관한 법률 제 28 호 제 3 항 각 호의 1 에 해당할 경우에는 그 이유	1 신체상 장애가 있는 사람 2 배우자, 자녀 및 손자(녀)가 아무도 없는 70 세 이상인 자로, 동거인이 없는 사람				
첨부 서류		1. 상기 1 에 O 표를 한 경우에는 신체상 장애에 대한 진단서(보건수당용) 2. 상기 2 에 O 표를 한 경우에는 다음 (1), (2)의 서류 (1) 배우자(혼인신고는 하지 않았지만 사실상 혼인 관계에 있는 자를 포함), 자녀 및 손자(녀)가 아무도 없다는 공공기관의 증명서 (2) 동거인이 없다는 사실을 증명할 수 있는 공공기관의 증명서 3. 폭심지로부터 2 킬로미터 이내에서 피폭한 사실을 인정할 수 있는 서류(해당 서류가 없을 경우에는 해당 사실에 대한 진술서)				

의료특별수당 특별수당 원자폭탄소두증수당	법 제 11 조 제 1 항의 인정 유무			유 • 무
	원자폭탄피폭자에 대한 원호에 관한 법률 제 11 조 제 1 항에서 인정하는 부상 또는 질병의 명칭, 인정 번호 및 인정 연월일	부상 또는 질병의 명칭(B)	인정 번호	인정 연월일
				서기 년 월 일
	상기(B) 부상 또는 질병의 상태	별지 진단서 참조		
첨부 서류	1. 의료특별수당 상기(B)의 부상 또는 질병에 대한 진단서(의료특별수당용) 2. 원자폭탄소두증수당 진단서(원자폭탄소두증수당용) 주: 단 상기 B 란에 기입한 부상 또는 질병의 명칭이 소두증 또는 근거리조기태내피폭증후군인 경우에는 진단서를 첨부할 필요가 없습니다.			
비고				

기입상의 주의사항

- 1 '성명' 및 '수첩에 기재되어 있는 거주지'는 피폭자건강수첩에 기재되어 있는 언어와 같은 언어로 기입하십시오.
- 2 '병명' 및 '부상 또는 질병의 명칭'은 일본어 또는 영어로 기입하십시오.
- 3 성명은 기명 날인 또는 서명하십시오.

○ 아래는 영사관 등의 직원이 기입하므로 비워 두십시오.

접수 연월일 :	서기 년 월 일
영사관 등의 명칭 :	제 대사관/총영사관
담당자 :	_____

의료특별수당 인정 신청서의 기입 예

様式第9号

신청서

(시 기 〇〇년 〇〇월 〇〇일 제출)

- 1. 건강관리수당인정
- 2. 보건수당인정
- 3. 보건수당액개정
- ④ 의료특별수당인정
- 5. 특별수당인정
- 6. 원자폭탄소독수당인정

신청서

· 의료특별수당에 ○표가 되어 있어야 함

주소(거주지) 귀하

· 피폭자건강수첩을 발행한 도도부현·시 이름을 기입

성명	고개아 나로 인	생년월일				성별
		시	년	월	일	♂ • 여
수첩에 기재되어 있는 거주지	〇〇시 〇〇초 〇〇초에 〇〇빌 〇〇초	마키야쓰로 1-1-1 받은 피폭자건강수첩에 관련 사항	도(都)·도(道)·부(府)·시(市) (해당되는 것에 ○표를 표시시오.) (수첩 번호)			
현재 거주지	주소 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA 전화번호 0123456789					
건강관리수당의 수급 유무	유 • (○)	보건수당의 수급 유무	유 • (○)			
의료특별수당의 수급 유무	유 • (○)	특별수당의 수급 유무	유 • (○)			
원자폭탄소독수당의 수급 유무	유 • (○)					
건강관리수당	원자폭탄피폭자 원호에 관한 법률 제 27 조 제 1 항에 규정된 장애를 수반하는 질병에 관한 사항	장애 내역 1 조혈기능 장애 7 신경기능 장애 2 간기능 장애 8 수경계 혼탁에 의한 저기능 장애 3 서포동식기능 장애 4 내분비선기능 장애 9 호흡기기능 장애 5 뇌혈관 장애 10 운동기능 장애 6 순환기능 장애 11 생활에 의한 소파기능 장애	명명(A)			
보통수당	보통수당증서의 기호 번호	상기(A) 질병에 대한 진단서(건강관리수당용)				
보건수당	원자폭탄피폭자 원호에 관한 법률 제 28 조 제 3 항 각 호의 1 에 해당된 경우에는 그 이유	1 신체상 장애가 있는 사람 2 미우자, 조니 및 손자(녀)가 아무도 없는 70 세 이상인 경우, 동거인이 없는 사람 3. 상기 1 에 ○ 표가 된 경우에는 신체상 장애에 대한 진단서(보건수당용) 4. 상기 2 에 ○ 표가 된 경우에는 다음 (1), (2)의 서류 (1) 배우자(혼인신고는 하지 않았지만 사실상 혼인 관계에 있는 자를 포함), 기타 및 손자(녀)가 아무도 없다는 공공기관의 증명서 (2) 동거인이 없다는 사실을 증명할 수 있는 공공기관의 증명서 5. 폭집지로부터 2 킬로미터 이내에서 피폭된 사실을 인정할 수 있는 서류(해당 서류가 없을 경우에는 해당 시설에 대한 견출서)				

· 피폭자건강수첩과 조회함
· 인감이 없는 경우에는 사인도 가능

· 신분증명서 등과 조회함

· 수당이 지급되지 않는 경우에는 모두 '無'에 ○표가 되어 있어야 함

법 제 11 조 제 1 항의 인정 유부			유·부
의료특밀수당 또는 임의 퇴직금 지급을 위한 내민 원소에 관한 법률 제 11 조 제 1 항에서 인정하는 부상 또는 질병의 명칭, 인정 범위 및 인정 인원일	부상 또는 질병의 명칭(B)	인정 범위	인정 인원일
	상기(B) 부상 또는 질병의 상태		별지 진단서 참조
첨부 서류	1. 의료특밀수당 상기(B)의 부상 또는 질병에 대한 진단서(의료특밀수당용) 2. 원지속근수당증수당 진단서(원지속근수당증수당용) 주: 단, 상기 B 안에 기재된 부상 또는 질병의 명칭이 소두증 또는 근기리조기내피외측중추근염 경우에는 진단서를 첨부할 필요가 없습니다.		
비고			

· 원폭증 인정 신청과 동시에 신청하는 경우에는 공란으로 둬

· 원폭증 인정 신청과 동시에 신청하는 경우에는 진단서를 생략할 수 있음

기입상의 주의사항
 1 '상명' 및 '수급' 기재되어 있는 기주지'는 과적지간장수급에 기재되어 있는 인이라 권은 양으로 기입하십시오.
 2 '명명' 및 '부상 또는 질병의 명칭'은 일본어 또는 영어로 기입하십시오.
 3 성명은 기명, 탈인 또는 저명하십시오.

○ 아래는 영사관 등의 직원이 기입하므로 비워 두십시오.

접수 인원일 :	식기 년 월 일
영사관 등의 명칭 :	재 내사관/총영사관
담당자 :	_____

계좌송금의뢰서

서기 년 월 일

_____ 귀하

피폭자건강수첩 번호

수취인 성명

수취인 주소

원자폭탄 피폭자에 대한 원호에 관한 법률에 근거한 수당을 아래의 본인 명의 계좌로 송금해 주시기 바랍니다.

아래

지불은행	
은행 코드	
지점명	
(지점)주소	
국가	
계좌번호	
계좌명의인	
수취인 전화번호	
수취인 거주국	

*활자체로 기입하십시오.

진술서

서기 _____ 년 _____ 월 _____ 일

_____ 귀하

주소 _____

성명 _____ 인
(날인 또는 사인)

피폭자건강수첩 번호 _____

본인은 제 _____ 대사관/총영사관에 가서 직접 _____ 에 관하여
신청할 수 없는 사유에 대하여 다음과 같이 진술합니다.

진술 내용(구체적으로 기입하십시오.)

위임장

서기 년 월 일

_____ 귀하

위임자

주소 _____

성명 _____ 인
(날인 또는 사인)

피폭자건강수첩 번호

본인은 아래 수임자에게 _____ 의 신청에 필요한 서류 제출에 관한 일체의 권한을 위임합니다.

아래

수임자

주소 _____

성명 _____ 인

사인 _____