

1 原爆症認定制度とは

被爆者が、原子爆弾による放射線に起因する病気にかかり、現に医療を要する状態にあることを厚生労働大臣が認定することです。

原爆症認定は、「被爆者であることの認定」（被爆者健康手帳の交付）や被爆者が、原子爆弾による放射線の影響を否定できない病気にかかったことの認定（健康管理手当の支給）とは異なります。

原爆症の認定審査は、「新しい審査の方針」（平成25年12月16日改正）に基づき、申請された病気の「放射線起因性」及び「要医療性」について、専門家による審査会で審査を行います。

厚生労働大臣から原爆症と認定されれば、都道府県市から「医療特別手当」を受給することができます。また、その病気が治った後には、「特別手当」を受給することができます。医療特別手当の支給を受けるには、原爆症の認定申請とは別に、都道府県、広島市又は長崎市に医療特別手当認定申請を行う必要があります。

2 原爆症認定を受けるための手続き

- (1) 原爆症の認定申請書類を用意して、お住まいの地域に設置されている領事館等に出向いて申請してください。認定された場合に医療特別手当の支給を受けるための医療特別手当認定申請書類も一緒に提出してください（申請書類の説明は3頁）

※ 申請に当たっては、本人確認等の必要があるため、申請者御本人が領事館等に出向いて手続きを行うことを原則としますが、やむを得ない場合には代理人による申請もできます（郵送では受け付けておりませんのでご注意ください。）

(2) 申請書類は、お住まいの地域に設置されている領事館等に提出していただき、本人確認や必要書類に記載もれがないか等の確認が終わった後、領事館等から、原爆症の認定申請については都道府県、広島市又は長崎市を經由して厚生労働省に、医療特別手当認定申請については都道府県、広島市又は長崎市に送付され、審査が行われます。

その審査の過程で、申請者本人に問い合わせたり、主治医や過去に受療された医療機関に検査書類などの提出のお願いをしたりすることがあります。

この問い合わせや追加資料のお願いは大切なものですので、正しくお答えください。

(3) 原爆症の認定審査では、申請者が、例えば爆心地からどのくらいの距離で被爆されたのかといった情報はとても大切になります(都道府県、広島市又は長崎市が被爆者健康手帳交付の際に認定した被爆地点、入市日や入市場所をもとに審査が行われます。)

そのため、厚生労働省が、都道府県、広島市又は長崎市より、申請者が過去に被爆者健康手帳を取得された際の申請書を取り寄せて審査の参考にすることがあります。

(4) 原爆症の認定審査は、専門家の意見を聴いて審査をしており、一定の期間を要します。

なお、認定された場合の医療特別手当の支給は、申請日の属する月の翌月に遡り支給されますので、審査に時間がかかったことで、支給される医療特別手当の額に影響はありません。ただし、現在健康管理手当を受給されている場合は、すでに支給された健康管理手当と医療特別手当の差額が支給されます。

(例)

- ・ 2014年4月に原爆症の認定、医療特別手当認定を申請された場合
一定の期間後に、原爆症に認定がされると、医療特別手当は2014年
5月分から遡って支給されます。

3 申請書類の詳細

申請には、本人確認等のための書類、原爆症の認定申請書類、医療特別手当認定申請書類が必要です。

【注】申請書の宛先

- 原爆症の認定申請は、厚生労働大臣あての申請書となります。
- 医療特別手当認定申請書は、
 - ・ 現在健康管理手当等の支給を受けている場合
→支給を受けている都道府県知事、広島市長又は長崎市長あて
 - ・ 手当の支給を受けていない場合
→被爆者健康手帳の交付を受けた都道府県知事、広島市長又は
長崎市長あて
- ※ 複数の被爆者健康手帳を所持している場合は、最後に交付
を受けた都道府県知事、広島市長又は長崎市長あて

原爆症の認定及び医療特別手当を申請するために必要な書類等

【本人確認に必要な書類】

- ① 当該国の中央政府又は地方政府が発行した有効期限内の写真付きの身分証明書その他本人確認ができる証明書（原本）及びその写し（2部）

例) 旅券、運転免許証、外国人登録証、労働許可証、永住権証、住民登録証等

又は、本人であることを証明できる原則として申請日前1か月以内に発行された公的機関の証明書（1部）及びその写し（1部）

例）戸籍謄本・抄本、基本証明書、公証人による証明書、在留許可証、居住証明書等

② 身分証明書等で現住所の確認ができない場合は、現住所を確認できる書類（1部）及びその写し（1部）

例）公共料金の請求書（又は領収書）、本人宛の郵便物、居住証明書、住民登録謄本等

【代理人が申請する場合】

上記②の書類に加え、次の書類が必要になります。

- (a) 申請者本人が出向くことができないことを説明する申請者本人の申立書（1部）及びその写し（1部）
- (b) 代理人への委任状（1部）及びその写し（1部）
- (c) 代理人についての上記①の書類
- (d) 申請者本人について、本人であることを証明できる申請日前1か月以内に発行された公的機関の証明書（1部）及びその写し（1部）

※ (a) 及び (b) は、日本語又は英語で記載してください。

【原爆症の申請書類】

- ③ 認定申請書（1部）及びその写し（1部）
- ④ 医師の意見書（1部）及びその写し（1部）

（※ 複数の疾病を申請され、複数の医療機関の医師の意見書を提出される場合は、それぞれについて原本及び写しを1部）

⑤ 審査に必要な添付書類（原本の写しを1部）

※迅速な審査のため、申請時に現病歴や診断根拠、現在の治療内容等を確認できる書類を添付していただいています。申請する病気やケガの種類によって必要な書類が異なります。詳しくは13頁にありますので、医師に見せて、書類をそろえてもらってください。

※ ③については、原則日本語で記載してください。ただし、氏名及び現地の住所については現地語で書いていただくことも可能です。

※ ④及び⑤については、原則日本語又は英語で記載してください。

※ ③、④及び⑤のいずれも、日本語又は英語の記載が困難な場合には、現地語による記載でも申請することはできますが、その場合、厚生労働省において翻訳し、それをもとに審査を行うこととなりますので、通常の申請よりも審査に時間を要すること、翻訳により申請者の意思が十分にくみ取れないおそれもあることについてご了承の上、提出してください。

【医療特別手当の申請書類】

⑥ 医療特別手当認定申請書（1部）及びその写し（1部）

※ 原爆症の認定申請と同時に申請される場合は、申請書の「法第11条第1項の認定の有無」、「負傷又は疾病の名称」、「認定番号」、「認定年月日」については空欄にしてください。

※ 原爆症の認定申請と同時に申請される場合は、医師診断書については省略可能です。

⑦ 被爆者健康手帳（原本）及びその手帳の氏名、居住地などが記載されている該当ページの写し（2部）

⑧ 口座振込依頼書（1部）及びその写し（1部）

※ 口座振込依頼書は、英語（ブロック体）で記載してください。

⑨ 申請者本人名義の預金通帳（原本）及びその写し（2部）

又は、預金口座証明書（1部）及びその写し（1部）

【申請書類の入手方法】

各種申請書類については、お住まいの地域に設置されている領事

(アドレス：http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/genbaku/index.html)

などから入手してください。

4 結果の通知

審査の結果、厚生労働省において原爆症の認定がされると、申請者本人に原爆症認定書と医療特別手当証書が送られます。

また、審査の結果、原爆症の認定がされなかった場合は、その旨が申請者本人に通知されます。

5 原爆症の認定がされた場合の注意事項

原爆症の認定がされ、医療特別手当の支給を受けている方は、いろいろな届出が必要となります。また、認定を受けた病気やケガが治ったとき等は、原爆症認定書及び医療特別手当証書を返還していただくことが必要です。また、これに伴い医療特別手当の支給が停止されます。

(1) 認定を受けた病気やケガが治ったとき又は申請者が亡くなったとき

- ・医療特別手当の支給は、認定を受けた病気やケガが治ったとき又は申請者が亡くなったときは、その日の属する月分までの支給となります。

- ・認定を受けた病気やケガが治ったときは、医療特別手当の支給に変えて、特別手当の支給を受けることができます。

- ・原爆症認定書と医療特別手当証書の返還や死亡の届出等の手続きが必要になります。医療特別手当の支給を受けている都道府県、広島市又は長崎市に連絡して必要な手続きをしてください。

※仮に、認定を受けた病気やケガが治ったとき又は申請者が亡くなられた日の属する月の翌月以降も手当の支給を受けていた場合は、手当を返還していただくこととなります。
また、手当の支給を受けていた方が亡くなられた場合は、葬祭料の申請ができますので、必ず届出をしてください。

(2) 医療特別手当の支給を受けている方は、以下の届出が必要です。

【現況の届出】

毎年5月1日から同月31日までの間に、氏名、居住地及び手当証書の記号番号を記載した届書に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に限ります。）を添えて、手当を支給している都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。

なお、詳しい手続については、手当を支給している都道府県、広島市又は長崎市にお問合せください。

※ 次の申請又は届出とした日から1年以内に到来する5月31日が属する年には、届書を提出する必要はありません。

- ・ 医療特別手当、原子爆弾小頭症手当の申請
- ・ 医療特別手当受給者の健康状況の届出
- ・ 氏名の変更の届出
- ・ 居住地の変更の届出
- ・ 日本国内への居住地変更の届出
- ・ 日本国外への居住地変更の届出

【健康状況の届出】

申請した日から3年を経過するごとに、その経過する日の属する年の5月1日から同月31日までの間（加えて、放射線白内障等については、申請した日から1年を経過する日の属する月の1日から末日までの間にも提出してください。）に、氏名、生年月日、性別、居住地及び手当証書の記号番号、厚生労働大臣の認定を受けた疾病やケガの名称を記載した届書に診断書を添えて、手当を支給している都道府県知事、広島市長及び長崎市長に提出してください。

なお、詳しい手続については、手当を支給している都道府県、広島市又は長崎市にお問合わせください。

現況の届出や健康状況の届出が、正当な理由なく提出されない場合は、手当の支給を差し止めることとなりますので、届出は必ずしてください。

認 定 申 請 書

氏名		性別		生年月日	
住所					
電話番号			被爆者健康手帳 の番号		
負傷又は疾病の 名称					
被爆時の状況 (入市の状況を 含む。) (※1)					
被爆直後の症状 及びその後の健 康状態の概要 (※2)					

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の規定により、認定を受けたく、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 氏 名



厚生労働大臣 殿

- (※1) 被爆をした地点及びその周囲の状況について記載してください。
被爆後の入市がある場合には、入市日、入市経路及びその後の行動、滞在時間を記載してください。
なお、被爆者健康手帳の記載を参考に記載し、その写しを添付してください。
- (※2) 被爆直後の症状や被爆時以降現在までの健康状態の変化等について記載して下さい。
医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料がある場合には、併せて添付してください。

備考 分量が多い場合には別紙で記載しても差し支えありません。

意見書

年 月 日作成

被爆者の氏名		生年月日	
負傷又は 疾病の名称		被爆者健康 手帳の番号	
既往症 (※1)			
現症所見 (※2)			
当該負傷又は疾病に関する原子爆弾の放射線起因性等についての医師の意見及びその理由 (※3)			
必要な医療の内容及び期間 (※4)	内容	期間 (通院) (入院)	

医療機関の名称及び所在地
医師 氏名

印

- (※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※2) 現在の症状・所見、その履歴などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※3) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。
なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
- (※4) 可能な限り詳細に記入してください。

認定申請書の記載例

認定申請書					
氏名	〇〇〇	性別	男	生年月日	1927年 10月 1日
住所					
電話番号	012-345-6789	被爆者健康手帳の番号	9876543		
負傷又は疾病の名称	胃がん				
被爆時の状況 (入市の状況を含む。) (※1)	8月6日は広島島の爆心から5 km離れた〇〇町の〇〇工場にいました。兄が行方不明となったので、翌日広島市内に捜索に行きました。8時に〇〇町の自宅を出発し、9時頃に横川駅付近に到着し、十日市町、天満町、福島町を経由し、己斐へ・・・				
被爆直後の症状及びその後の健康状態の概要 (※2)	被爆直後は急性症状はありませんでした。 35歳ごろ 結核 1976年～ 貧血 1982年 胃潰瘍 1990年 白内障 1995年 高血圧症 2001年 肝機能障害 2008年 胃がん				
<p>原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の規定により、認定を受けたく、関係書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 (印)</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>					

身分証明書等に記載してある現在の居住地を記入して下さい

医師の意見書と同じ疾病名を記入して下さい。

原爆投下時にどこで何をしていたか、その後の行動内容、入市をしている場合は入市時間、滞在時間、経路等について、できるだけ詳しく記入して下さい。
書ききれない場合は別紙に記載の上添付して下さい。

被爆後まもない時期に急性症状があった場合はその内容について記入して下さい。
被爆後現在までの健康状況、病気をした場合はその病名を記載して下さい。

- (※1) 被爆をした地点及びその周囲の状況について記載してください。
被爆後の入市がある場合には、入市日、入市経路及びその後の行動、滞在時間を記載してください。
なお、被爆者健康手帳の記載を参考に記載し、その写しを添付してください。
- (※2) 被爆直後の症状や被爆時以降現在までの健康状態の変化等について記載して下さい。
医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料がある場合には、併せて添付してください。

備考 分量が多い場合には別紙で記載しても差し支えありません。

医師の意見書の記載例

意見書
年 月 日作成

被爆者の氏名	〇 〇 〇	生年月日	1927年 10月 1日
負傷又は 疾病の名称	胃がん	被爆者健康 手帳の番号	9876543
既往症 (※1)	肝機能障害 貧血		
現症所見 (※2)	2008年3月12日、当病院にて胃切除術を施行。 現在は3ヶ月に1回の通院によりフォローアップ		
当該負傷又は疾 病に関する原子 爆弾の放射線起 因性等についての 医師の意見及 びその理由 (※3)			
必要な医療の内 容及び期間 (※4)	内容 経過観察 5年間	期間 (通院) (入院)	

認定申請書と同じ疾病名を記入して下さい。

過去罹患した病名を記入して下さい。

申請する疾病についての発症から現在に至るまでの経過や治療内容を記入して下さい。

申請疾病について、放射線に起因する特徴等があれば記入して下さい。
(不明の場合は空欄で結構です。)

今後予定している治療内容とその期間について記入して下さい。

医療機関の名称及び所在地
医師 氏 名 ⑩

- (※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※2) 現在の症状・所見、その履歴などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※3) 放射線に起因すると思われる場合には、その根拠を記入してください。
なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
- (※4) 可能な限り詳細に記入してください。

原爆症認定を申請される方々へ

日本国厚生労働省

原爆症の認定のためには、申請する疾病が、①原子爆弾の放射線に起因していること、②現に医療を要する状態にあること、を確認する必要があります。より早く審査の結果をお伝えするため、審査に必要な書類を別紙に表記しておりますので（申請される病気によって違います）、申請に際しては医療機関の先生にご相談の上、必要な書類を提出いただきますようお願いいたします。

なお、別紙の書類は典型例として表記したものですので、申請者の方々の個々の状況によっては、更に追加で書類の提出をお願いすることもございます。何卒御理解いただきますようよろしくお願い申し上げます。

<主治医の先生へ>

原爆症認定審査においては、診断や治療内容を確認するため、申請疾病毎に別紙に示す書類が必要になります。一覧表に添付書類の有無（無い場合は理由）を記載の上、提出をお願いいたします。迅速な審査のためですので、ご理解を賜り、資料の提出についてご協力くださいますよう、特段のご配慮をお願い申し上げます。なお、書類は転記ではなく、原本のコピーで提出願います。

固形がん等の悪性新生物を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

平成 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (未実施の場合はその理由、他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
①現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)	あり・なし	
②診断根拠が分かる書類		
(ア) 病理組織検査の報告書	あり・なし	
(イ) 画像診断等*の報告書 ※内視鏡検査、CT、PET、MRI、骨シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む	あり・なし	
(ウ) 血液検査 (腫瘍マーカー*等) の報告書 ※前立腺がんの場合は、治療前・後のPSA値を含む	あり・なし	
(エ) 手術、内視鏡治療、放射線治療、化学療法等の治療の報告書等	あり・なし	
③現在の治療の具体的内容 (抗がん剤、ホルモン剤等の薬剤名、投与状況等) が分かる書類	あり・なし	
④生活歴、職業歴、喫煙歴、飲酒歴等発がんに影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類 (危険因子がある場合は、内容、状況等が分かる書類 (サマリー等))	あり・なし	

白血病等（リンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物）を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (未実施の場合はその理由、他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
①現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）		
	あり・なし	
②診断根拠が分かる書類		
(ア) 骨髄穿刺や生検を実施している場合は、骨髄像と病理組織検査の報告書 リンパ節生検を実施している場合は、病理組織検査の報告書		
	あり・なし	
(イ) 骨髄やリンパ節の細胞表面形質検査、染色体・遺伝子検査を実施している場合は、当該報告書		
	あり・なし	
(ウ) その他診断に結びつく検査の報告書（複数回の末梢血血算値、M蛋白、免疫グロブリン、可溶性インターロイキン2レセプター、HTLV-1抗体、画像診断（悪性リンパ腫）等）		
	あり・なし	
③現在の治療の具体的内容（抗がん剤等の薬剤名、投与状況、輸血の頻度等）が分かる書類		
	あり・なし	

副甲状腺機能亢進症を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (未実施の場合はその理由、他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
①現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)	あり・なし	
②診断根拠が分かる書類		
(ア) 治療前・後の自覚症状が分かる書類 (カルテ等)	あり・なし	
(イ) 他覚症状 (骨粗しょう症、結石等) が分かる書類 (検査報告書等)	あり・なし	
(ウ) インタクトPTH、血清Ca、P、BUN、Cr、eGFR値の経時的推移が分かる検査報告書 ※手術を行った場合は、術前・術後を含む	あり・なし	
(エ) 画像診断 (超音波、CT、シンチグラフィ等) の報告書 (所見に関する画像の頁を含む)	あり・なし	
(オ) 手術を行った場合は、手術の所見が分かる書類、病理組織検査報告書	あり・なし	
③現在の治療の具体的内容が分かる書類	あり・なし	

心筋梗塞を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (未実施の場合はその理由、他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
①現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)	あり・なし	
②診断根拠が分かる書類		
(ア) 心電図検査記録 (急性期のものが望ましい)	あり・なし	
(イ) トロポニン、CK-MB等の血液検査の報告書 (急性期のものが望ましい)	あり・なし	
(ウ) 冠動脈造影検査、左室造影検査の報告書	あり・なし	
(エ) 画像診断等 (心臓超音波、心筋シンチグラフィ等) の報告書 (所見に関する画像の頁を含む)	あり・なし	
(オ) 冠動脈バイパス手術、経皮的冠動脈形成術等の実施記録	あり・なし	
③現在の治療の具体的内容 (抗血小板薬等の薬剤名等) が分かる書類	あり・なし	
④既往歴、生活歴、喫煙歴等心筋梗塞の発症に影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類 (危険因子がある場合は、内容、状況等が分かる書類 (サマリー等))	あり・なし	

甲状腺機能低下症を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (未実施の場合はその理由、他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
①現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)		
	あり・なし	
②診断根拠が分かる書類		
(ア) 治療前・後の臨床症状の推移及び診断治療に至った医師の意見が分かる書類		
	あり・なし	
(イ) 治療前・後の甲状腺ホルモン検査 (TSH、FT4の推移) の報告書 ※必ず基準値を明記すること、複数回測定している治療前のTSH値はすべて提示すること		
	あり・なし	
(ウ) 抗TPO抗体及び抗サイログロブリン抗体検査の報告書		
	あり・なし	
(エ) 甲状腺超音波検査の報告書 (所見に関する画像の頁を含む)		
	あり・なし	
③現在の治療の具体的内容が分かる書類 (薬剤名、投薬量 (錠数ではなくマイクログラム単位で記載))		
	あり・なし	
④甲状腺を含む手術歴や放射線治療等の既往歴があれば、それについての記載・書類		
	あり・なし	

慢性肝炎・肝硬変を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (未実施の場合はその理由、他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
①現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)	あり・なし	
②診断根拠が分かる書類		
(ア) ウイルスマーカー、その他原因検索として行った検査 (自己抗体、γグロブリン等) の報告書	あり・なし	
(イ) 肝機能検査の報告書 (AST(GOT)/ALT(GPT)/Alb/γ-GTP等、最近1年以上の推移を含む)	あり・なし	
(ウ) 画像診断 (超音波、CT等) の報告書 (所見に関する画像の頁を含む)	あり・なし	
(エ) 肝生検を行った場合は、病理組織検査の報告書	あり・なし	
③現在の治療の具体的内容 (インターフェロン等の薬剤名、投与状況等) が分かる書類	あり・なし	
④ 輸血歴、手術歴等の治療歴、肥満 (BMI)、飲酒歴 (飲酒量及び年数)、糖尿病等の生活歴、薬剤性その他慢性肝炎・肝硬変の発生に影響を及ぼす可能性のある危険因子の分かる書類	あり・なし	

放射線白内障（加齢性白内障を除く）を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (未実施の場合はその理由、他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 病歴が分かる書類（初診時カルテ及び申請時カルテ） ※視力の推移を確認できること	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類		
(ア) 視力検査結果が分かる書類（現在の裸眼視力、矯正視力及び屈折等） ※眼内レンズ挿入術後は、術前・術後の検査結果	あり・なし	
(イ) 水晶体の混濁位置が分かる書類（細隙灯顕微鏡検査の写真又はスケッチ等） (後囊下混濁を認める場合は、当該箇所に焦点を当てること) ※眼内レンズ挿入術後は、術前の検査結果	あり・なし	
(ウ) 眼底所見が分かる書類（写真又はスケッチ等） ※眼内レンズ挿入術後は、術後の検査結果	あり・なし	
(エ) 光干渉断層計（OCT）による検査結果の報告書 ※眼内レンズ挿入術後は、術後の検査結果	あり・なし	
(オ) 生活機能障害の程度に関する医師の意見（例：買い物ができない等）	あり・なし	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類、具体的な手術予定日が分かる書類 ※手術予定がない場合は、その理由が分かる書類（カルテ等）も添付すること	あり・なし	
④ 白内障の危険因子※の内容、状況が分かる書類 ※糖尿病、副甲状腺機能亢進症等の罹患歴、ステロイド治療歴等	あり・なし	

その他の疾患を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 _____

申請疾病名 _____

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

平成 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (未実施の場合はその理由、他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
①現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等） ※現在の臨床症状（現症）が確認できること		
	あり・なし	
②診断根拠が分かる書類		
(ア) 血液検査の報告書		
	あり・なし	
(イ) 画像診断（超音波、CT、MRI等）の報告書（所見に関する画像の頁を含む）		
	あり・なし	
(ウ) 病理診断の報告書		
	あり・なし	
(エ) その他検査結果等に関する報告書（例：ケロイド・瘢痕の臨床写真等）		
	あり・なし	
③現在の治療の具体的内容が分かる書類		
	あり・なし	

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入くださいますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

新しい審査の方針による原爆症認定の仕組み

I 放射線起因性の判断

1 積極的に認定する範囲

- ① 悪性腫瘍(固形がんなど)
- ② 白血病
- ③ 副甲状腺機能亢進症

- ① 心筋梗塞
- ② 甲状腺機能低下症
- ③ 慢性肝炎・肝硬変

放射線白内障
(加齢性白内障を除く)

- ア 被爆地点が爆心地より約3.5km以内である者
- イ 原爆投下より約100時間以内に爆心地から約2km以内に入市した者
- ウ 原爆投下より約100時間経過後から約2週間以内の期間に、爆心地から約2km以内の地点に1週間程度以上滞在した者

※ア、イ、ウの場合は原則的に認定

- ア 被爆地点が爆心地より約2.0km以内である者
- イ 原爆投下より翌日までに爆心地から約1.0km以内に入市した者

被爆地点が爆心地より約1.5km以内である者

該当しない場合

2 総合的に判断

「積極的に認定する範囲」に該当する場合以外の申請の場合

起因性を総合的に判断

申請者の被曝線量、
既往歴、環境因子、
生活歴等を総合的に勘案

II 要医療性の判断

「現に医療を要する状態」に該当するかどうかを、当該疾病等の状況に基づき、個別に判断

認定

(表 面)

平成(西暦) 年 月 日提出

- | | |
|--|-------|
| 1. 健康管理手当認定
2. 保健手当認定
3. 保健手当額改定
4. 医療特別手当認定
5. 特別手当認定
6. 原子爆弾小頭症手当認定 | } 申請書 |
|--|-------|

殿

(ふりがな)		生 年 月 日	性 別
氏 名	Ⓢ	西暦 明治 大正 昭和 年 月 日	男・女
手帳に記載 されている 居住地		最後に交付を 受けた被爆者 健康手帳につ いて	(都道府県・市名)
			都・道・府・県・市 (該当するものに○をして下さい)
			(手帳番号)
現在の居住地	住 所		
	電話番号 ()		
健康管理手当受給の有無	有・無	保健手当受給の有無	有・無
医療特別手当受給の有無	有・無	特別手当受給の有無	有・無
原子爆弾小頭症手当受給の有無	有・無		
健康 管理 手 当	原子爆弾被爆者に対する援 護に関する法律第27条第1 項に規定する障害を伴う疾 病について	障 害 名	1 造血機能障害 7 腎臓機能障害 2 肝臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 3 細胞増殖機能障害 9 呼吸器機能障害 4 内分泌腺機能障害 10 運動器機能障害 5 脳血管障害 11 潰瘍による消化器機能障害 6 循環器機能障害
		疾病名 (A)	
	添付書類	上記 (A) に記入した疾病についての診断書 (健康管理手当用)	
保 健 手 当	保健手当証書の記号番号		
	原子爆弾被爆者に対する援 護に関する法律第28条第3 項各号のいずれかに該当す る場合はその理由	1 身体上の障害がある者 2 配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の者であって、同居して いる者がいない者	
	添付書類	1 上記1に○印を付けた場合は、身体上の障害についての診断書 (保健 手当用) 2 上記2に○印を付けた場合は、次の①、②の書類 ① 配偶者 (婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情に ある者を含む。)、子及び孫のいずれもいないことについての公的機関の 証明書 ② 同居者がいないことを明らかにすることができる公的機関の証明書 3 爆心地から2キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書 類 (当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書)	

医療特別手当・特別手当・原子爆弾小頭症手当	法第11条第1項の認定の有無			有・無
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日	負傷又は疾病の名称 (B)	認定番号	認定年月日
				昭和 平成 年 月 日
	上記 (B) の負傷または疾病の状態	別紙診断書のとおり		
添付書類	1. 医療特別手当 上記 (B) に記入した負傷又は疾病についての診断書 (医療特別手当用) 2. 原子爆弾小頭症手当診断書 (原子爆弾小頭症手当用) 注 ただし、上記 B の欄に記入した負傷または疾病の名称が小頭症または近距離早期胎内被爆症候群である場合は、診断書を添える必要はありません。			
備考				

記入上の注意

- 1 「氏名」及び「手帳に記載されている居住地」は、被爆者健康手帳に記載されている言語と同じ言語で記入してください。
- 2 「疾病名」及び「負傷又は疾病の名称」は、日本語又は英語で記入してください。
- 3 氏名については、記名押印又は署名をしてください。

○ 以下については、領事館等の職員が記入しますので、記入しないでください。

受付年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
領事館等名：在 _____ 大使館 / 総領事館
担当者： _____

医療特別手当認定申請書の記載例

様式第1号

(表 面)

平成(西暦)〇〇年〇〇月〇〇 日提出

- 1. 健康管理手当認定
- 2. 保健手当認定
- 3. 保健手当額改定
- 4. 医療特別手当認定
- 5. 特別手当認定
- 6. 原子爆弾小頭症手当認定

申請書

・医療特別手当に〇印が
されていること

〇〇市長(知事) 殿

・被爆者健康手帳を発行
した都道府県・市名を記入

(ふりがな)	こうせい たろう		生 年 月 日		性別
氏 名	厚生 太郎 ㊦		西暦 明治 大正 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日		男 女 〇
手帳に記載 されている 居住地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号		最後に交付を 受けた被爆者 健康手帳につ いて		(都道府県・市名) 〇〇 都・道・府 〇〇 市 (必ずするものに〇をくわさい) (手帳番号)
現在の居住地	住 所 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA 電話番号 012 (345) 6789				
健康管理手当受給の有無	有	無	保健手当受給の有無	有	無
医療特別手当受給の有無	有	無	特別手当受給の有無	有	無
原子爆弾小頭症手当受給の有無	有	無			
健康 管理 手 当	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第27条第1項に規定する障害を伴う疾病について	障害名	1 造血機能障害 7 腎臓機能障害 2 肝臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 3 細胞増殖機能障害 9 呼吸器機能障害 4 内分泌腺機能障害 10 運動器機能障害 5 脳血管障害 11 潰瘍による消化器機能障害 6 循環器機能障害		
	添付書類	疾病名(A)	上記(A)に記入した疾病についての診断書(健康管理手当用)		
保 健 手 当	保健手当証書の記号番号				
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項各号のいずれかに該当する場合はその理由	1 身体上の障害がある者 2 配偶者、子及び孫のいずれもいない50歳以上の者であって、同居している者がいない者 3 上記1に〇印を付けた場合は、身体上の障害についての診断書(保健手当用) 4 上記2に〇印を付けた場合は、次の①、②の書類 ① 配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)、子及び孫のいずれもいないことについての公的機関の証明書 ② 同居者がいないことを明らかにすることができる公的機関の証明書 5 爆心地から2キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書類(当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書)			

・被爆者健康手帳と照合する
・印鑑がない場合はサイン
でも可

・身分証明証等と照合する

・手当が支給されていない
場合はすべて「無」に〇印
がされていること

(裏面)

医療特別手当・特別手当・原子爆弾小頭症手当	法第11条第1項の認定の有無			有・無
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日	負傷又は疾病の名称 (B)	認定番号	認定年月日
				昭和 平成 年 月 日
上記 (B) の負傷または疾病の状態	別紙診断書のとおり			
添付書類	1. 医療特別手当 上記 (B) に記入した負傷又は疾病についての診断書 (医療特別手当用) 2. 原子爆弾小頭症手当診断書 (原子爆弾小頭症手当用) ただし、上記 B の欄に記入した負傷または疾病の名称が小頭症または近距離早期胎内被爆症候群である場合は、診断書を添える必要はありません。			
備考				

・原爆症認定申請と同時申請の場合は空欄にしておく

・原爆症認定申請と同時申請の場合は診断書については省略可能

記入上の注意

- 1 「氏名」及び「手帳に記載されている居住地」は、被爆者健康手帳に記載されている言語と同じ言語で記入してください。
- 2 「疾病名」及び「負傷又は疾病の名称」は、日本語又は英語で記入してください。
- 3 氏名については、記名押印又は署名をしてください。

○ 以下については、領事館等の職員が記入しますので、記載しないでください。

受付年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
領事館等名：在 _____ 大使館 / 総領事館
担当者：_____

口座振込依頼書
(Application form for transfer to the bank account)

平成(西暦) 年 月 日
(Date: YY MM DD)

殿

被爆者健康手帳番号
(A-bomb survivor's certificate number)

受取人の氏名(ふりがな)
(Beneficiary name)

受取人の住所
(Beneficiary address)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく手当の振込は、下記の私名義の口座をお願いします。(Please transfer the Allowance to my account as follows.)

記
(Please fill in:)

支払銀行 (Paying Bank)	
銀行コード (BIC Code, IBAN Code etc)	
支店名 (Branch Name)	
(支店)住所 (Address)	
国 (Country)	
口座番号 (Account No)	
口座名義人 (Account Name)	
受取人の電話番号 (Beneficiary Telephone number)	
受取人の居住国 (Beneficiary Country)	

※ 活字体で記入してください。
Please write in BLOCK LETTERS.

申 立 書

STATEMENT

(代理申請用)

(For application by agent)

平成(西暦) 年 月 日
(Date: YY MM DD)

殿

住 所

Address

氏 名 (ふりがな)

Name

㊞

(押印又はサイン)

被爆者健康

手帳番号

A-bomb survivor's

certificate number

私は、在 _____ 大使館／総領事館に出向いて _____ に関する申請ができないことについて、次のとおり申立てます。

I hereby make a statement of being unable to come to the office.

申立の内容 (詳しく記入してください。) Contents of statement (in detail)

委 任 状
POWER OF ATTORNEY

平成 (西暦) 年 月 日
(Date: YY MM DD)

殿

委任者
Entrusted person

住 所

Address _____

氏 名 (ふりがな)

Name _____

㊞

(押印又はサイン)

被爆者健康

手帳番号 _____

A-bomb survivor's

certificate number

私は、下記受任者に、_____の申請に必要な書類の提出に関する一切の権限を委任します。

I hereby entrust the below named agent complete power of attorney over matters concerning the documents necessary for the application of the Allowance.

記

受任者

Agent

住 所

Address _____

氏 名 (ふりがな)

Name _____

㊞

サイン

Signature _____