

2006年度版

厚生労働省
広島県

日本国外にお住まいの被爆者の皆様へ ～在外被爆者保健医療助成事業の手続きについて～

＊ このお知らせは、ブラジル、アルゼンチン、パラグアイ、ボリビア、ペルーにお住まいの方々へのものです。

日本国外にお住まいの被爆者の方々（被爆者健康手帳の交付を受けておられる方々）と被爆確認証（又は被爆時状況確認証）の交付を受けておられる方々は、保険料の助成を受けることができます。その申請手続きは、次のとおりです。

はじめて申請される方へ

（１）「２００６年分の助成費」を申請する場合には、受給対象者に該当する旨の確認が必要となります。

（２）対象者に該当する旨の確認を受けるために必要な書類は、次のとおりです。

① 受給対象確認申請書

このお知らせの４ページの様式に、必要事項を記入してください。

② 本人であることを証明できる申請日前１月以内に発行された公的機関の証明書

例）戸籍謄本・抄本、公証人による証明書、在留許可証、居住証明書等

- ③ 被爆者健康手帳（都道府県知事又は市長の印のあるページ）の写し

※ 被爆確認証（又は被爆時状況確認証）をお持ちの方もこの事業の対象となりますので、被爆確認証（又は被爆時状況確認証）の写しを提出してください。

（３）これらの書類を、２００６年１１月３０日（木）までに必ず到着するように次の宛先に郵送してください。対象者に該当する旨の確認ができた方には、受給対象確認通知書を郵送いたします。

【宛先】

〒１６０－００２２

東京都新宿区新宿１丁目２９－８

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

このお知らせについてご質問がある場合には

次の①～③のいずれかにお問い合わせください。

- ① 財団法人日本公衆衛生協会

（Japan Public Health Association）

志村（Shimura）、細田（Hosoda）

電話（telephone） +81-3-3352-4281

ファックス（fax） +81-3-3352-4605

- ② 広島県被爆者・毒ガス障害者対策室

（Health and Welfare Office for Atomic Bomb

Survivors, Hiroshima Prefectural Government）

林（Hayashi）、八幡（Yahata）

電話（telephone） +81-82-513-3109

ファックス(fax) +81-82-228-3277
電子メール(e-mail) fuhibakusya@pref.hiroshima.jp

- ③ 厚生労働省健康局総務課
(General Affairs Division, Health Service Bureau,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan)
大重(Oshige), 星(Hoshi)
電話(telephone) +81-3-5253-1111
(ext.2315, 2318)
ファックス(fax) +81-3-3502-3090
電子メール(e-mail) absengo@mhlw.go.jp

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
		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)				
種 別	()被爆者健康手帳 ()被爆確認証 (又は被爆時状況確認証) ※ いずれかに○を付けること				
交付都道府県・市					
被爆者健康手帳番号					
被爆確認証 (又は被爆時状況確認証) 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

印
(又はサイン)

広島県知事 様

受給対象者に該当する旨の確認ができた方へ

日本公衆衛生協会から対象者に該当する旨の確認ができた旨の通知が届いた方で、2006年分の助成費の申請をする場合には、以下の書類を2007年1月31日（水）までに必ず到着するように財団法人日本公衆衛生協会に郵送してください。

① 支給申請書

このお知らせの7ページ～10ページの様式に必要事項を記入してください。

※ 8ページ、9ページについては、保険料の支払い方法により、どちらか一方を提出してください。

② 通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類

③ 対象保険の契約書の写し

※ 対象保険とは、あなたが保険により保障を受けることができる期間に、2007年1月から同年12月までの間が含まれている医療保険です。

④ 保険会社に支払った保険料の領収書

（注1）保険会社に支払った保険料の領収書には、次の4点の記載があることが必要です。

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 保険会社の名称、所在地、電話番号

④ 支払い年月日

※ 領収書から保険料等の金額が確認できない場合は、助成額が一部又は全額支給されないこともありますので、必ず下線を引く等、金額が分かるよう

にしてください。また、申請者本人以外の保険料等
が含まれた領収書の場合も同様に、本人分が分かる
ようにして行ってください。

（注２）「２００６年分の助成費」は、本年１月から
１２月までの間に保険会社に支払った保険料が対
象になり、その年間助成限度額は、１３万円（こ
れを超えることに特に理由がある場合は１４万２
千円）となります。

支 給 申 請 書

受給対象確認通知番号						—					
フリガナ			西暦 明治 大正 昭和					性 別			
氏 名			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)										
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 振込口座は必ず受給対象者本人名義としてください。

上記のとおり、2006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

⑩
(又はサイン)

広島県知事 様

支 給 申 請 内 訳（毎月払いの場合）

	金 額	摘 要
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。

支 給 申 請 内 訳（毎月払い以外の場合）

金 額	支払った保険料の保険期間
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月
	年 月～ 年 月

（注１）「支払った保険料の保険期間」とは、その保険料を支払ったことであなたが保険により保障を受けることができる期間のことです。何年何月から何年何月までの期間かを記載してください。

（注２）金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

() 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 保険会社の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

(注2) 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。