

书面申请材料及医疗机关调查表的格式

目次

○ 申请书	1
健康管理补贴认定、保健补贴认定、保健补贴金额改定、 医疗特别补贴认定、特别补贴认定、原子弹爆炸所致小头症补贴认定	
○ 丧葬费支付申请书	5
○ 申请健康管理补贴用诊断书	7
○ 申请保健补贴用诊断书	9
○ 申请医疗特别补贴用诊断书	11
○ 申请原子弹爆炸所致小头症补贴用诊断书	12
○ 银行汇款委托书	13
○ 委托书	14
○ 陈述书	15
○ 姓名变更申报书	16
○ 居住地址变更申报书	17
○ 死亡申报书	18
○ 医疗机构调查表	19

补贴认定申请书

平成（阳历） 年 月 日提交

- | | | |
|--|---|-----|
| 1. 健康管理补贴认定
2. 保健补贴认定
3. 保健补贴金额改定
4. 医疗特别补贴认定
5. 特别补贴认定
6. 原子弹爆炸所致小头症补贴认定 | } | 申请书 |
|--|---|-----|

阁下

(注音)			出生年月日	性别
姓名	印	阳历 明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日		男・女
手册里 记载的 居住地址			最后收到的 原子弹受害 者健康手册 相关事项	(都道府县・市名) 都・道・府・县・市 (在相应处画圈) (手册编号)
现在居住 地址	住 址 电话号码			
接受健康管理补贴的有无	有・无	接受保健补贴的有无	有・无	
接受医疗特别补贴的有无	有・无	接受特别补贴的有无	有・无	
接受原子弹爆炸所致小头症补贴的有无	有・无			
健康管理 补贴	关于救助原子弹受害者相关法律第 27条第1项所定障碍致使的疾病	障 碍 名 称	1 造血功能障碍 7 肾功能障碍 2 肝功能障碍 8 晶状体浑浊所致视觉功能障碍 3 细胞增殖功能障碍 9 呼吸系统功能障碍 4 内分泌功能障碍 10 运动系统功能障碍 5 脑血管障碍 11 溃疡所致消化系统功能障碍 6 循环系统功能障碍	
	病名(A)			
	附加书面材料 上述(A)栏所填疾病的相关诊断书(申请健康管理补贴用)			
保健 补贴	保健补贴证书的记录编号			
	符合救助原子弹受害者相关法律第 28条第3项所定某一款时其理由	1 有身体障碍者 2 70岁以上、无配偶、子女及孙儿、无同居人者		
	附加书面材料	1. 在上述1处画圈时,有关身体障碍的诊断书(申请保健补贴用)。 2. 在上述2处画圈时,下列(1)、(2)所述书面材料。 (1) 政府机关出具的关于无配偶(包括未领结婚证、但处于事实上的婚姻关系者)、子女及孙儿的证明书; (2) 政府机关出具的能够明确证实无同居人的证明书。 3. 能够确认在距爆炸中心2公里以内遭受原子弹爆炸这一事实的书面材料(无该书面材料时,关于该事实的陈述书。)。		

医疗特别补贴 ●特别补贴 ●原子弹爆炸所致小头症补贴	法律第 11 条第 1 项认定的有无			有 • 无
	与救助原子弹受害者相关法律第 11 条第 1 项的认定相关的伤残名或病名、认定编号及认定年月日	伤残名或病名 (B)	认定编号	认定年月日
				昭和 平成 年 月 日
	上述 (B) 栏所填伤残或疾病的状态		如附加诊断书所述	
附加书面材料		1. 医疗特别补贴 上述 (B) 栏所填伤残或疾病的相关诊断书 (申请医疗特别补贴用) 2. 原子弹爆炸所致小头症补贴诊断书 (申请原子弹爆炸所致小头症补贴用) 注意 但是, 上述 (B) 栏所填伤残名或病名为小头症或者近距离早期胎内被爆综合症时, 没有必要附加诊断书。		
备注				

填写时的注意事项:

1. “姓名”及“手册里记载的居住地址”栏内, 请使用原子弹被害者健康手册里所使用的语言填写;
2. “病名”及“伤残名或病名”栏内, 请用日语或英语填写;
3. 关于姓名一览的填写方法, 请选择签名盖章或者签名。

○ 以下由领事馆等处的工作人员处理, 请勿自行填写。

接受申请年月日	平成 _____ 年 月 日
领事馆等名称	驻 _____ 大使馆/总领事馆
担当人员	_____

申请健康管理补贴时

补贴认定申请书

平成(阳历) 〇〇年 〇〇月 〇〇日提交

- ① 健康管理补贴认定
- 2. 保健补贴认定
- 3. 保健补贴金额改定
- 4. 医疗特别补贴认定
- 5. 特别补贴认定
- 6. 原子弹爆炸所致小头症补贴认定

申请书 ← 请在「1. 健康管理补贴」处画圈。

阁下

请用日语或英语填写发行原子弹受害者健康手册的市或都道府县名称。

(注音)	出生年月日		性别
姓名	Taro Kousei	阳历 明治 大正 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男
手册里记载的居住地址	xx-shi, xx-cho, x-chome, xxxx	最后收到的原子弹受害者健康手册相关事项	(都道府县・市名) 〇〇都・道・府・县・市 (在相应处画圈)
			(手册编号)
现在居住地址	住址 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA		
接受健康管理补贴的有无	有・ <input checked="" type="radio"/> 无	接受保健补贴的有无	有・ <input checked="" type="radio"/> 无
接受医疗特别补贴的有无	有・ <input checked="" type="radio"/> 无	接受特别补贴的有无	有・ <input checked="" type="radio"/> 无
接受原子弹爆炸所致小头症补贴的有无	有・ <input checked="" type="radio"/> 无		
健康管理补贴	关于救助原子弹受害者相关法律第27条第1项所定障碍致使的疾病	障碍名称	1 造血功能障碍 7 肾功能障碍 2 肝功能障碍 8 晶状体浑浊所致视觉功能障碍 ③ 细胞增殖功能障碍 9 呼吸系统功能障碍 4 内分泌功能障碍 10 运动系统功能障碍 5 脑血管障碍 11 溃疡所致消化系统功能障碍 6 循环系统功能障碍
		病名(A)	Lung cancer
附加书面材料	上述(A)栏所填疾病的相关诊断书(申请健康管理补贴用)		
保健补贴	保健补贴证书的记录编号		
	符合救助原子弹受害者相关法律第28条第3项所定某一款时其理由	1 有身体障碍者 2 70岁以上、无配偶、子女及孙儿、无同居人者	
	附加书面材料	1. 在上述1处画圈时,有关身体障碍的诊断书(申请保健补贴用)。 2. 在上述2处画圈时,下列(1)、(2)所述书面材料。 (1) 政府机关出具的关于无配偶(包括未领结婚证、但处于事实上的婚姻关系者)、子女及孙儿的证明书; (2) 政府机关出具的能够明确证实无同居人的证明书。 3. 能够确认在距爆炸中心2公里以内遭受原子弹爆炸这一事实的书面材料(无该书面材料时,关于该事实的陈述书。)。	

• 请参阅原子弹受害者健康手册,根据手册里的记载填写。
• 没有印章时可用签名代替。

请填写身份证等所记载的现在居住地址。

若现在正领取补贴,请在相应补贴栏的「有」处画圈。若没有领取补贴,请在「无」处画圈。

• 请参阅诊断书的障碍种类栏,在相应的障碍名称处画圈。
• 请参阅诊断书记载的病名,用日语或英语填写。
• 请附加诊断书。

医疗特别补贴 • 特别补贴 • 原子弹爆炸所致小头症补贴	法律第 11 条第 1 项认定的有无			有 • 无
	与救助原子弹受害者相关法律第 11 条第 1 项的认定相关的伤残名或病名、认定编号及认定年月日	伤残名或病名 (B)	认定编号	认定年月日
				昭和 平成 年 月 日
	上述 (B) 栏所填伤残或疾病的状态		如附加诊断书所述	
附加书面材料		1. 医疗特别补贴 上述 (B) 栏所填伤残或疾病的相关诊断书 (申请医疗特别补贴用) 2. 原子弹爆炸所致小头症补贴诊断书 (申请原子弹爆炸所致小头症补贴用) 注意 但是, 上述 (B) 栏所填伤残名或病名为小头症或者近距离早期胎内被爆综合症时, 没有必要附加诊断书。		
备注				

填写时的注意事项:

1. “姓名”及“手册里记载的居住地址”栏内, 请使用原子弹受害者健康手册里所使用的语言填写;
2. “病名”及“伤残名或病名”栏内, 请用日语或英语填写;
3. 关于姓名一览的填写方法, 请选择签名盖章或者签名。

○ 以下由领事馆等处的工作人员处理, 请勿自行填写。

接受申请年月日	平成	年	月	日
领事馆等名称	驻	大使馆/总领事馆		
担当人员	_____			

丧葬费支付申请书

阁下

平成（阳历） 年 月 日提交

（注音） 姓 名		与死亡的原子弹受害者 的关系		
居住地址	住址 电话号码 ()			
申请人准备或已经举办葬礼的年月日	平成（阳历） 年 月 日			
死亡的原子弹受害者	姓 名	阳历 明治 大正 昭和	年 月 日出生	
	死亡时的居住地址			
	最后收到的原子弹受害者健康手册相关事项	（都道府县·市名） 都·道·府·县·市	（手册编号）	
	死亡年月日	平成（阳历） 年 月 日		
	死亡场所			
	死亡原因			
	遗族的有无	有 （1. 配偶 2. 子女 3. 父母 4. 孙儿 5. 祖父母 6. 兄弟姐妹） 无 • 不明		

填写时的注意事项：

1. “姓名”及“最后收到的原子弹受害者健康手册相关事项”栏内，请使用原子弹受害者健康手册里所使用的语言填写；
2. “死亡场所”及“死亡原因”栏内，请用日语或英语填写；
3. 关于姓名一览的填写方法，请选择签名盖章或者签名。

附加书面材料

对此申请书，请附加能够确认死亡及死亡原因的书面材料。

○ 以下由领事馆等处的工作人员处理，请勿自行填写。

接受申请年月日	平成 年 月 日
领事馆等名称	驻 大使馆/总领事馆
担当人员	

申请丧葬费时

丧葬费支付申请书

阁下

请用日语或英语填写发行原子弹受害者健康手册的市或都道府县名称。

平成(阳历) 〇〇年 〇〇月 〇〇日提交

(注音) 姓名	Hanako Kousei		与死亡的原子弹受害者的关系	Wife	
	印				
居住地址	住址 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA 电话号码 012 (345) 6789				
申请人准备或已经举办葬礼的年月日	平成(阳历) 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
死亡的原子弹受害者	姓名	Taro Kousei	阳历 明治 大正〇〇年〇〇月〇〇日出生 昭和	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	
	死亡时的居住地址	1234 Kousei Street, San Francisco, CA94000, USA			
	最后收到的原子弹受害者健康手册相关事项	(都道府县·市名) 〇〇都·道·府·县· <input checked="" type="radio"/> 市	(手册编号) 1 2 3 4 5 6 7		
	死亡年月日	平成(阳历) 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	死亡场所	Kousei Hospital			
	死亡原因	Lung cancer			
	遗族的有无	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 1. 配偶 <input checked="" type="radio"/> 2. 子女 3. 父母 4. 孙儿 5. 祖父母 <input type="radio"/> 6. 兄弟姐妹 <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 不明			

请根据身份证等的记载填写姓名、居住地址等项。

请参阅原子弹受害者健康手册，根据手册里的记载填写。

请填写死亡时的居住地址。

请参阅原子弹受害者健康手册，根据手册里的记载填写。

请参阅能够确认死亡及死亡原因的书面材料，用日语或英语填写。

请在相应部分画圈。

填写时的注意事项:

- “姓名”及“最后收到的原子弹受害者健康手册相关事项”栏内，请使用原子弹受害者健康手册里所使用的语言填写；
- “死亡场所”及“死亡原因”栏内，请用日语或英语填写；
- 关于姓名一览的填写方法，请选择签名盖章或者签名。

附加书面材料

对此申请书，请附加能够确认死亡及死亡原因的书面材料。

○ 以下由领事馆等处的工作人员处理，请勿自行填写。

接受申请年月日	平成 年 月 日
领事馆等名称	驻 大使馆/总领事馆
担当人员	

申请健康管理补贴用诊断书

姓 名		阳历 明治 大正 昭和	年 月 日出生	男 • 女		
居住地址						
*1 障碍的种类 (在相应号码处画圈)	1. 造血功能障碍 2. 肝功能障碍 3. 细胞增殖功能障碍 4. 内分泌功能障碍	5. 脑血管功能障碍 6. 循环系统功能障碍 7. 肾功能障碍 8. 晶状体浑浊所致视觉功能障碍	9. 呼吸系统功能障碍 10. 运动系统功能障碍 11. 溃疡所致消化系统功能障碍			
*2 伴有上栏所列障碍的病名						
上栏所填的疾病属于传染病、寄生虫病、先天性异常、中毒等或者由劳动灾害、偶发事故等引起而明显非原子弹爆炸的放射能影响所致时的主要意见						
关于*2 栏所填疾病的相关症状是否稳定的意见		1. 已稳定 2. 尚未稳定 (根据*2 栏所填疾病预计今后所需的治疗期间 年 个月)				
*3 目前症状	体格检查 (临床所见)	心 音				
		肺 野				
		腹 部				
		运 动 系 统				
	临床 病理学 检查	血 液 检 查 (年 月 日)	(末梢血液)			
			血红蛋白量 g/dL	红细胞数 $\times 10^4/mm^3$	网织红细胞数 %	白细胞数 $/mm^3$
			颗粒细胞数 $/mm^3$	异常细胞数 %	血小板数 $\times 10^4/mm^3$	
			血清铁 $\mu g/dL$	血清钙 mg/dL		
			(骨 髓)			
			有核细胞数 $\times 10^4/mm^3$	巨核细胞数 $/mm^3$	淋巴细胞 %	E/M
		肝 功 能 检 查 (年 月 日)	血清总蛋白 g/dL	GOT 单位	ALP 单位	
			A/G 比	GPT 单位	ZTT (Kunke1 法) 单位	
			胆红素 mg/dL	LDH 单位	ICG(15 分钟值) %	
		尿 检 查 (年 月 日)	浑浊度		尿蛋白 1 阳性 2 阴性	
			尿糖	1. 阳性 2. 阴性	尿胆素原 1 增加 2 正常 3 减少	
		粪便隐血试验 (年 月 日)		() 法 1 阳性 2 阴性		
	肾功能检查 (年 月 日)		PSP (15 分钟值) %	浓缩试验最高尿比重		
	基础代谢测定 (年 月 日)					
	血糖测定 (年 月 日)		空腹时 mg/dl	糖负荷试验 负荷前 负荷后 60 分钟 负荷后 120 分钟 (g) mg/dl mg/dl mg/dl		
	肺功能检查 (年 月 日)		肺活量 cc	一秒率 %		
组织病理学诊断 (年 月 日)		(被检组织名)				
血压测定 (年 月 日)		最高 mmHg	最低 mmHg			

其他检查	X线检查	胸部（ 年 月 日） （肺或者心脏） 心胸比 %	腹部（ 年 月 日）	运动系统（ 年 月 日）	
	心电图 （ 年 月 日）	ST段变化	T波变化	心律不齐 其他	
	内视镜检查 （ 年 月 日）	（被检部位名）			
	眼科检查 （年 月 日）	晶状体浑浊的有无	1 有 2 无	视力	右（ ） 左（ ）
		晶状体浑浊的性质及状态			
与晶状体发生浑浊相关的应该特别记载的事项					
神经功能检查 （ 年 月 日）	四肢麻痹 1 有 2 无	语言障碍 1 有 2 无	其他		
其他应该特别记载的事项					
诊断如上所述。		医疗机关名称			
平成（阳历） 年 月 日		所在地址			
（诊断书的有效期间为申请日之前一个月）		医师姓名	印（盖章或者签名）		

填写时的注意点

- 除“姓名”、“居住地址”、“医疗机关名称”、“所在地”、“医师姓名”外,其余均用日语或英语填写。
- 本诊断书是与健康管理补贴接受资格认定相关的、证明是否患有厚生劳动省法令所定障碍（※1 栏所列障碍）所致疾病的证明材料。当判明该疾病明显非原子弹爆炸的放射能影响所致时,将不予支付健康管理补贴。
- 与健康管理补贴有关的障碍一般是指给日常生活带来某些困难程度的障碍,对象疾病如下所列。
 - 伴有造血功能障碍的疾病（主要如再生不良性贫血、缺铁性贫血。）
 - 伴有肝功能障碍的疾病（主要如肝硬化。）
 - 伴有细胞增殖功能障碍的疾病（主要如恶性新生物。）
 - 伴有内分泌功能障碍的疾病（主要如糖尿病、甲状腺功能低下、甲状腺功能亢进。）
 - 伴有脑血管障碍的疾病（主要如蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗塞。）
 - 伴有循环系统功能障碍的疾病（主要如高血压性心脏病、慢性缺血性心脏病。）
 - 伴有肾功能障碍的疾病（主要如肾病综合症、慢性肾炎、慢性肾功能不全、慢性肾小球性肾炎。）
 - 伴有晶状体浑浊所致视觉功能障碍的疾病（即白内障。）
 - 伴有呼吸系统功能障碍的疾病（主要如肺气肿、慢性间质性肺炎、肺纤维化。）
 - 伴有运动系统功能障碍的疾病（主要如变形性关节炎、变形性脊椎病。）
 - 伴有溃疡所致消化系统功能障碍的疾病（主要如胃溃疡、十二指肠溃疡。）
- 请在※3 栏里详细填写最能表现※2 栏里所填疾病状态的检查结果。

申请保健补贴用诊断书

姓名					阳历 明治 大正 昭和	年 月 日	男・女		
居住地址									
成为障碍原因的伤残名或病名									
所填伤残或疾病并非原子弹爆炸的伤害作用影响所致时的主要意见									
*1 身体障碍的状态	视	右 ()	*2 听	听力缺失 (旧标准)	右 分贝 左 分贝	躯 体 功 能 障 碍			
	力	左 ()		听力水平 (新标准)	右 分贝 左 分贝		其他运动功能 障 碍		
	平衡功能障碍						内 部 障 碍		
	发声语言功能障碍								
	上肢的状态								
	手指的状态						头 部 ・ 面 部 等 处 的 破 相	部 位	
下肢的状态						状 态			
关于*2 栏所填障碍的状态是否属于救助原子弹受害者相关法律执行规则附表 1 所定身体障碍的意见					1. 相当于附表 1 第 () 号所定。 2. 不符合附表 1 所定。				
关于所填障碍的状态是否稳定的意见					1. 稳定 2. 尚未稳定				
诊断如上所述。 平成(阳历) 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医疗机构名称 所在地址 (诊断书的有效期间为申请日之前一个月) 医师姓名 印 (盖章或者签名) </div>									

填写时的注意点

1. 除“姓名”、“居住地址”、“医疗机构名称”、“所在地”、“医师姓名”外,其余均用日语或英语填写。
2. 为了明确表示障碍的状态,请在*1 栏里填写必要的临床所见。
3. 关于*2 栏的附表 1,请参照此页反面。另外,请选择此栏的 1 或 2 其中一项画圈。

附表 1

1. 两眼视力的总和在 0.08 以下者
2. 两耳听力缺失在 80 分贝以上者
3. 有极为明显的平衡功能障碍者
4. 丧失发声或语言功能者
5. 两侧上肢缺失拇指及食指者
6. 两侧上肢的拇指及食指有明显功能障碍者
7. 一侧上肢有明显功能障碍者
8. 一侧上肢缺失所有手指者
9. 一侧上肢所有手指的功能都已丧失者
10. 两侧下肢踝关节以下缺失者
11. 两侧下肢有明显功能障碍者
12. 一侧下肢大腿的二分之一以上缺失者
13. 一侧下肢所有功能都已丧失者
14. 躯体有步行困难程度的功能障碍者
15. 除了上述各项，身体功能障碍或必须保持安静的病状，被认为处于超过上述各项水准的状态，并且家庭内的日常生活受到严重限制、或者必须对家庭内的日常生活加以严重限制程度者。
16. 身体功能障碍或病状发生重复，其状态被认为超过上述各项水准者。
17. 破相残留于头部、面部等处，致使日常生活受到严重限制程度者。

备注： 视力测定应使用各国通用的视力测量表，有屈光折光异常者应通过矫正视力进行测定。

申请医疗特别补贴用诊断书

姓 名		阳历 明治 年 月 日出生 大正 昭和	男・女
居住地址			
*1 与救助原子弹受害者相关法律第11条第1项的认定有关的伤残名或病名			
*2 与所填伤残或疾病有关的目前症状的临床所见	1) 体格检查		
	2) 临床病理学检查		
	3) 其他检查		
	4) 其他应该特别记载的事项		
所填伤残或疾病的状态	处于伤残或疾病的	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 1 发作状态 2 非发作状态 </div>	
诊断如上所述。 平成（阳历） 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> （诊断书的有效期间为申请日之前一个月） 医疗机构名称 所在地址 医师姓名 印 （盖章或者签名） </div>			

填写时的注意点

1. 除“姓名”、“居住地址”、“医疗机构名称”、“所在地”、“医师姓名”外,其余均用日语或英语填写。
2. 为了明确表示*1 栏里所填伤残或疾病的状态,请在*2 栏里填写必要的临床所见。

申请原子弹爆炸所致小头症补贴用诊断书

姓 名		阳历 昭和 年 月 日出生	男 • 女				
居住地址							
小头症症状的	有 • 无						
判明小头症症状为非原子弹爆炸的放射能影响所致时的 主要意见							
出生时的状况	新生儿胎龄周数	出生时的体重					
	胎龄足月	g					
既 往 史	癲 癇	其 他					
发育延迟的状况							
目前 症状	身 长	cm	体 重	kg	头 围	cm	
	异常 症候	头 部					
		眼 部					
		皮 肤					
		脊 椎					
		四 肢					
	生活适应能力						
	其他所见						
其他应该特别记载的事项							
关于小头症所致精神上或身体上的障碍是否属于使日常生活受到严重限制或者必须对日常生活加以严重限制程度的障碍的意见							
诊断如上所述。 平成（阳历） 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 医疗机关名称 所在地址 </div> （诊断书的有效期间为申请日之前一个月） 医师姓名 印 （盖章或者签名）							

填写时的注意点

除“姓名”、“居住地址”、“医疗机关名称”、“所在地”、“医师姓名”外,其余均用日语或英语填写。

银行汇款委托书

平成（阳历） 年 月 日

_____ 阁下

原子弹受害者健康手册编号

收款人姓名（注音）

收款人住址

根据救助原子弹受害者相关法律进行补贴汇款时，请使用下述个人名义的银行账户。

请填写

开户行	
银行编码	
分店名称	
分店地址	
国名	
账户号码	
账户名义人	
收款人的电话号码	
收款人的居住国名称	

*请使用印刷体填写

委 托 书

平成（阳历） 年 月 日

_____ 阁下

委托者

住址 _____

姓名（注音） _____ ①
(盖章或签名)

原子弹受害者健康手册编号

本人将与递交申请_____所须材料有关的一切权限委托给下述被委托者。

请填写

被委托者

住 址 _____

姓 名（注音） _____ ①

签 名 _____

姓名变更申报书

_____ 阁下

平成（阳历）_____ 年 _____ 月 _____ 日

因姓名发生变更，特此申报如下。

原子弹受害者健康手册编号	姓名（注音）	出生年月日	性别
	(盖章或签名)	年 月 日	男・女
(注音)			
变更前的姓名			
(注音)			
变更后的姓名			
变更年月日	年 月 日		
备注			

* 请附加政府机关发行的姓名变更证明书。

居住地址变更申报书

_____ 阁下

平成（阳历）_____ 年 _____ 月 _____ 日

因居住地址发生变更，特此申报如下。

原子弹受害者健康手册编号	姓 名（注音）	出生年月日	性 别
	(盖印或签名)	年 月 日	男 • 女
新的居住地址			
旧的居住地址			
变更年月日	年 月 日		
备注			

死亡申报书

_____ 阁下

平成（阳历） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（注音）		与死亡的原子弹受害者 的关系	
姓名	（盖印或签名）		
居住地址	住址 电话号码		

死亡者	姓名	
	死亡时的居住地址	
	原子弹受害者健康手册编号	
	死亡年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

- * 请附加证实死亡的书面材料（死亡诊断书的复印件等）。
- * 请将原子弹受害者健康手册及补贴证书一并归还。

若手册遗失，请在下述遗失申报书上签名盖章或签名。

原子弹受害者健康手册遗失申报书

因遗失原子弹受害者健康手册，特此申报。

申报者姓名

Ⓜ（盖章或签名）

医疗机构调查表

1 关于医疗机构

国名或地区名称		驻外使馆名称	
医疗机构名称			
所在地址			
电话号码			

2 关于能否进行诊断及检查

(1) 诊断项目（在能够进行诊断的病名处打「√」。）

障 碍	病 名
(1) 造血功能障碍	<input type="checkbox"/> 再生不良性贫血, <input type="checkbox"/> 缺铁性贫血
(2) 肝功能障碍	<input type="checkbox"/> 肝硬变
(3) 细胞增殖功能障碍	<input type="checkbox"/> 恶性新生物
(4) 内分泌功能障碍	<input type="checkbox"/> 糖尿病, <input type="checkbox"/> 甲状腺功能低下, <input type="checkbox"/> 甲状腺功能亢进
(5) 脑血管障碍	<input type="checkbox"/> 蛛网膜下腔出血, <input type="checkbox"/> 脑出血, <input type="checkbox"/> 脑梗塞
(6) 循环系统功能障碍	<input type="checkbox"/> 高血压性心脏病, <input type="checkbox"/> 慢性缺血性心脏病
(7) 肾功能障碍	<input type="checkbox"/> 肾病综合症, <input type="checkbox"/> 慢性肾炎, <input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全, <input type="checkbox"/> 慢性肾小球性肾炎
(8) 晶状体浑浊所致视觉功能障碍	<input type="checkbox"/> 白内障
(9) 呼吸系统功能障碍	<input type="checkbox"/> 肺气肿, <input type="checkbox"/> 慢性间质性肺炎, <input type="checkbox"/> 肺纤维化
(10) 运动系统功能障碍	<input type="checkbox"/> 变形性关节炎, <input type="checkbox"/> 变形性脊椎病
(11) 溃疡所致消化系统功能障碍	<input type="checkbox"/> 胃溃疡, <input type="checkbox"/> 十二指肠溃疡

