医疗费等的申请指南
资料目录

■ 前言（两种补助制度的概要） ……1

■ 申请资料的选择方法……2

■ 1.保健医疗补助费的申请 ……3

・按照各居住国货币计算的保健医疗补助费支付上限额度一览表
・对象人
・对象医疗费
・提交期限
・申请手续

■ 2.基于法律的医疗费的申请 ……5

・对象人
・对象医疗费
・申请手续
・其他
・有关向居住在日本国外的原子弹受害者支付医疗费【计算方法】

<申请格式等>

○保健医疗补助费（医疗费）的申请手续	<蓝色资料>
○基于法律的医疗费的申请手续	<粉色资料>

本申请指南也可从厚生劳动省官网下载。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/genbaku/genbaku03/index.html

二维码

医疗费等的申请指南

前言

2024 年 8 月
厚生劳动省
广　岛　县

对于居住在日本国外的人在居住国自行负担的医疗费，有下列两种补助制度，下面介绍其申请手续。

全年自行负担部分

- 在 30 万日元以下的人，请使用“1.保健医疗补助费”进行申请。
- 超过 30 万日元时，请作为“2.基于法律※的医疗费”进行申请。

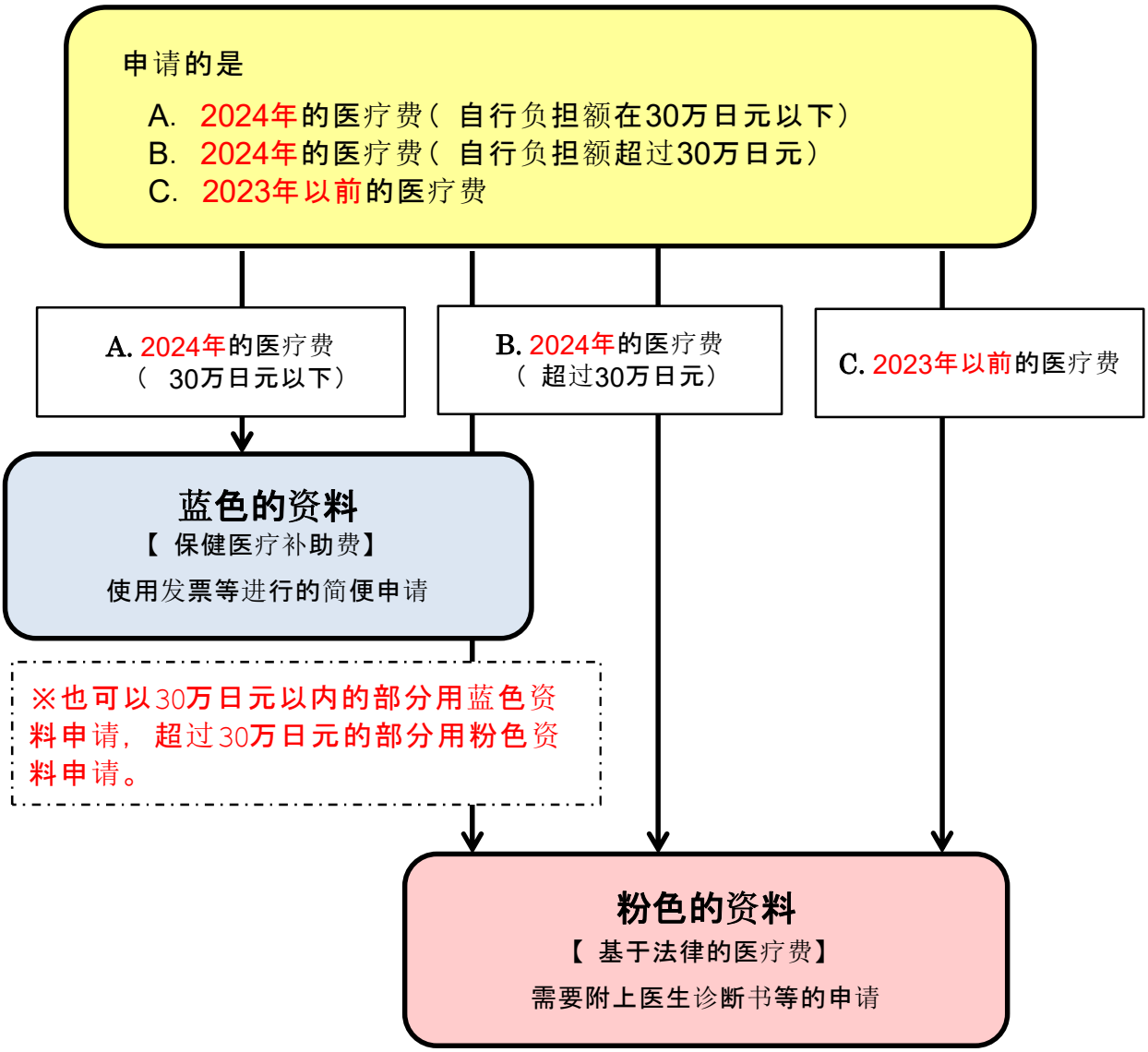
※原子弹受害者援护法

◎也可将 30 万日元以内的医疗费作为“1.保健医疗补助费”、超过 30 万日元的部分作为“2.基于法律的医疗费”进行申请。

【概要】

	1.保健医疗补助费 （自行负担部分在 30 万日元以下）	2.基于法律的医疗费 （自行负担部分超过 30 万日元）
所需资料等	附上发票进行的简便申请	需要附上医生诊断书等进行的申请
	○　申请书 ○　发票 ○　汇款账户确认资料 ○　原子弹受害者健康手册的复印件	○　申请书 ○　发票 ○　汇款账户确认资料 ○　原子弹受害者健康手册的复印件 ○　医生诊断书等医疗机构或药店出具的可确认病名和治疗内容详情的资料
	详情请参照蓝色资料。	详情请参照粉色资料。
受理机构	日本公众卫生协会	
期限	2025 年 1 月 31 日（周五）必到	—
上限额度等	每年支付上限额度为 30 万日元	以根据日本的诊疗报酬惯例计算的金额为支付上限额度。
备注	提交期限内可多次申请。	审查需要相当长的时间。

【申请资料的选择方法】



◎即使不超过30万日元也可使用粉色资料进行申请，但审查需要较长时间。

如有不明之处，请咨询日本公众卫生协会。
TEL:+81-3-3352-4285　E-mail:zaigai@jpha.or.jp

1. 保健医疗补助费的申请

通过使用发票等进行的简易手续，申请人能够获得保健医疗补助费的支付，每年支付上限额度*为 30 万日元。

＊ 根据各居住国货币换算的支付上限额度如下表所示。关于 2024 年 1 月～12 月全年支付的医疗费，可在表中“保健医疗补助费支付上限额度”的范围内，申请保健医疗补助费。

支付金额根据居住国的货币决定。支付时，基于收款的货币不同，金额会受到汇率的影响。即使使用日元账户收款，日元的支付金额的上限，也会和指南中所记载的“30 万日元”有一定的出入，敬请谅解。

保健医疗补助费支付上限额度一览表			
国家或地区	货币单位	保健医疗补助费的支付上限额度	
阿根廷共和国	阿根廷比索	1,578,948	ARS
澳大利亚联邦	澳元	2,958	AUD
多民族玻利维亚国	玻利维亚诺	12,837	BOB
巴西联邦共和国	雷亚尔	9,317	BRL
加拿大	加元	2,641	CAD
中华人民共和国	人民币	14,165	CNY
欧洲联盟	欧元	1,820	EUR
印度尼西亚共和国	印尼盾	28,037,384	IDR
墨西哥合众国	墨西哥比索	29,557	MXN
菲律宾共和国	菲律宾比索	105,634	PHP
新加坡共和国	新加坡元	2,651	SGD
瑞典王国	瑞典克朗	20,577	SEK
瑞士联邦	瑞士法郎	1,778	CHF
台湾	台币	61,602	TWD
泰王国	铢	70,589	THB
英国	英镑	1,536	GBP
美利坚合众国	美元	1,969	USD
乌拉圭东方共和国	乌拉圭比索	74,258	UYU
越南社会民主主义共和国	盾	46,153,847	VND

※以上金额根据 2024 年 4 月汇率换算

⑴对象人

○ 在居住国自行负担了医疗费的人
○ 对象人死亡的，由其遗属代替对象人

⑵对象医疗费

就以下费用，以**全年 30 万日元为上限**支付（参照**第 3 页***）。
○ 2024 年 1 月～12 月**全年所支付的**

・自行负担的医疗费
・体检费用

⑶提交期限

申请书的**最终提交期限为 2025 年 1 月 31 日（周五）必到**。请勿遗忘。

最终提交期限之前，如果合计申请金额未超过全年 30 万日元的支付上限额度，可多次申请。所受理的申请将根据申请顺序进行审查。审查需要时间，因此从申请至汇款需要一定时间。敬请谅解。

⑷申请手续

请参阅蓝色的资料。

⑸其他(有关基于法律的医疗费申请)

自己负担的医疗费中超过全年支付上限额度 30 万日元**（参照第 3 页*）**的金额，可以按照第 5 页的介绍，依法申请医疗费。届时，需要提交医疗机构及药店所出具的能够了解疾病名称及详细治疗内容的医生诊断书等。

2.　基于法律的医疗费申请

自行负担的金额超过“1.保健医疗补助费”全年支付上限额度 30 万日元（参照第 3 页*）时，超过的部分可以申请基于《原子弹受害者援护法》的医疗费。

(1)对象人

○ 自行负担的部分超过了保健医疗补助费的全年支付上限额度 30 万日元的人

○ 对象人死亡的，由其遗属代替对象人

(2)对象医疗费

自行负担的医疗费

※　但是，以下的医疗费无法作为支付对象。

1)　日本公共医疗保险中不承认是诊断治疗行为的部分

2)　先进医疗等在日本公共医疗保险中不属于保险对象的部分

3)　已经通过保健医疗补助事业接受补助的部分　等

【不属于日本公共医疗保险对象的主要示例】

○ 不作为诊断治疗行为的部分
- 住院时的差额床位费
- 病号服、尿布费
- 资料费、证明书发行手续费
- 护理设施费、护理费用及护理设施入住费的首付
- 养老院的入住费

○ 不属于支付对象的诊断治疗行为及辅助器具等
- 种植牙治疗费
- 停车费
- 不存在治疗行为的运送费
- 不凭处方的药剂费或健康食品费用
- 不属于治疗目的的体检费用
- 预防接种
- 先进医疗
- 人工肛门袋、人工膀胱袋的费用
- 眼镜、助听器、助步器、轮椅等辅助器具　等

＊使用了全瓷、氧化锆、陶瓷等时，治疗费将换算成使用日本保险材料的费用进行计算。

(3)申请手续

请参阅粉色的资料。

(4)其他

○ 即使未超过 30 万日元的全年上限额度，也可以进行基于法律的医疗费申请。

○　对于以下期间，如果附上所需资料进行基于法律的医疗费申请，有可能在通过审查后，获得自行负担医疗费的支付。

- 2004 年以后未享受保健医疗补助费支付的期间
- 自取得原子弹受害者健康手册起至 2003 年的期间

有关向居住在日本国外的原子弹受害者支付医疗费

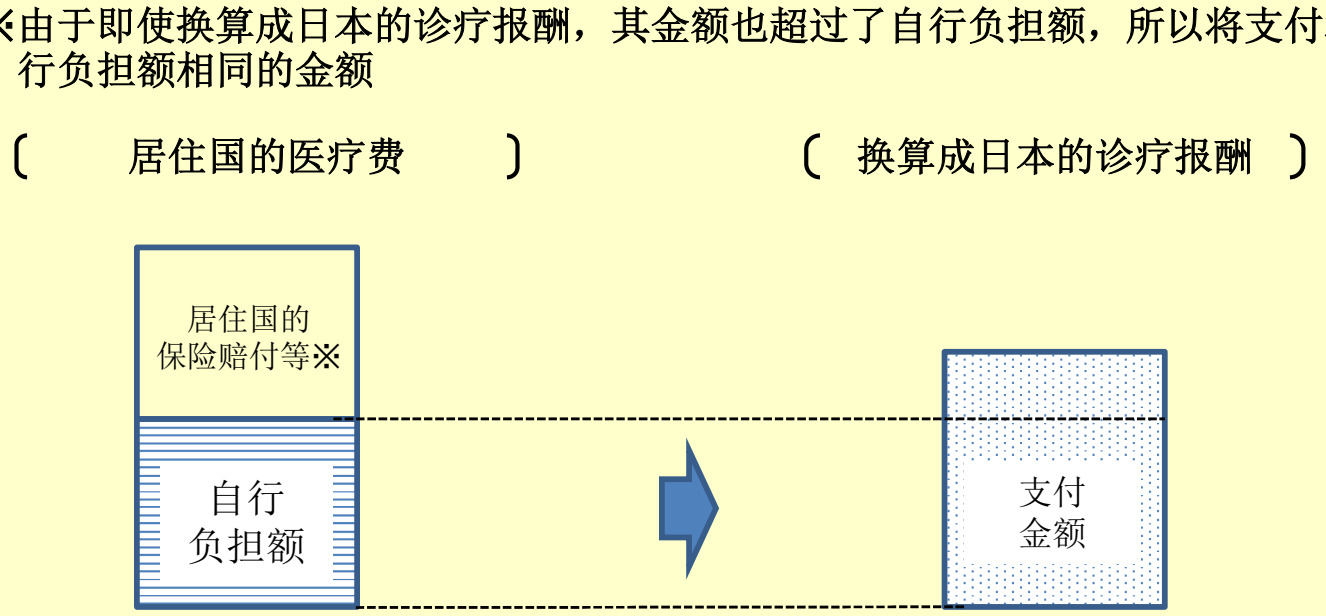
（参考）

【计算方法】

①居住国的医疗内容与日本的医疗内容相近，换算成日本的诊疗报酬后的金额超过自行负担额时

⇒ **全额支付自行负担额**

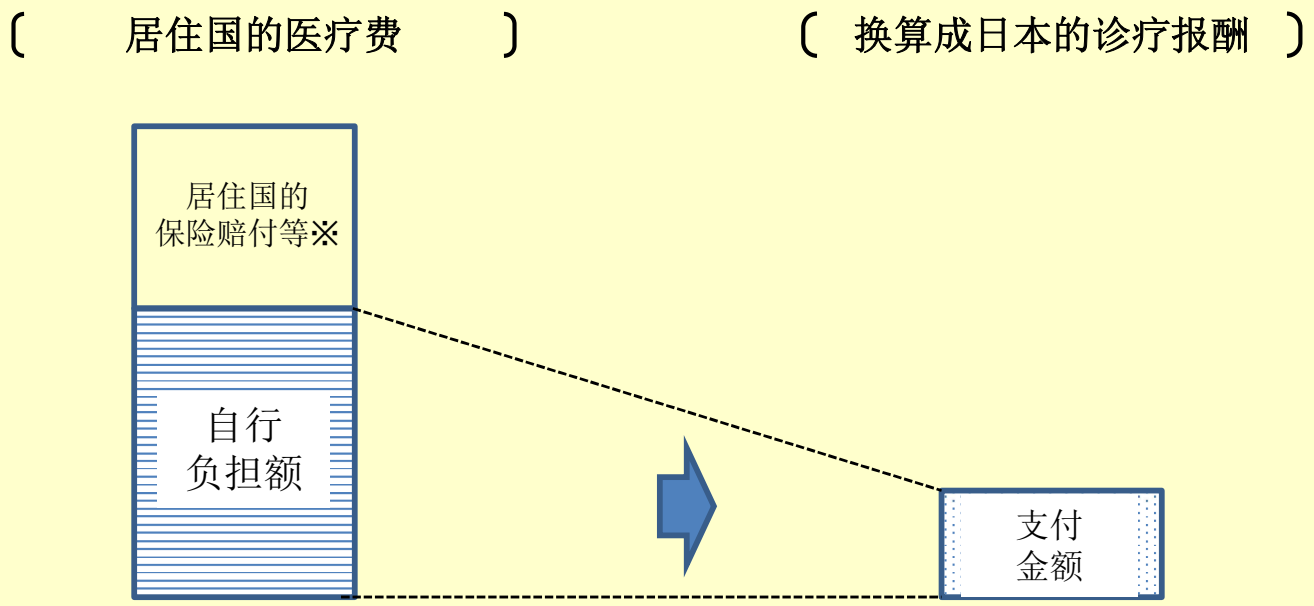
※由于即使换算成日本的诊疗报酬，其金额也超过了自行负担额，所以将支付和自行负担额相同的金额



②居住国的医疗内容和日本的医疗内容相比，其费用显著昂贵

⇒ **支付部分自行负担额**

※自行负担额超过支付金额时，将全额支付换算成日本的诊疗报酬后的金额



※包括公共保险赔付、民间保险赔付和其他针对相关医疗的赔付。

保健医疗补助事业(医疗费)的申请手续
使用发票等进行的简便申请

◆ 请务必提交下表中的 1～6 的资料。

核查框	编号	提交资料
□	1	保健医疗补助费支付申请书兼领取对象确认申请书(格式第 5 号)
□	2	能够确认汇款账户的资料(存折复印件或支票等)
□	3	保健医疗补助费支付申请明细(格式第 5 号之 2)
□	4	能够确认下列 4 项内容的发票等资料 1) 所支付金额 2) 接受治疗者的姓名（必须与申请者本人姓名一致） 如发票中包含申请者以外的医疗费用，为便于分辨，请在本人费用处划线表示。 3) 医疗机构的名称、地址、电话号码 ※ 请根据需要附上以下资料。 ・凭医生处方在药店买了药时：处方 ・接受了民间保险支付时：保险支付等的证明书 4) 支付日期
□	5	原子弹受害者健康手册、领取对象确认通知书、及原子弹受害时状况确认证中任意一个的复印件
□	6	就诊医疗机构清单(格式第 6 号)

请根据需要，提交以下 7～12 的资料。

□	7	本人身份确认资料 ※尚未领取各种补贴（健康管理补贴、保健补贴、医疗特别补贴或特别补贴）的人，请提交下列材料中的一种。 ・户籍誊本、户籍抄本、公证人开具的证明书（Notary public） ・在留许可证、居住证明书等（申请日期前一个月内签发的）
□	8	确认内容变更申报书（格式第 7 号） ※ 请仅在住址等发生变更时提交。
□	9	保健医疗补助费支付申请书(死亡后申请用)(格式第 8 号) ※ 请提交 9 以取代 1。
□	10	死亡申报书（格式第 9 号） ※ 请附上能够确认死亡时间的资料（公共机构或医院发行的死亡证明书）。
□	11	能够证明有亲属关系或财产继承权的资料
□	12	能够确认领取人汇款账户的资料（必须是死亡后申请者名义的账户） ※ 9～12 的资料仅在遗属申请已故原子弹受害者的医疗费时提交。

◆申请书的提交时期等

【最终提交期限：2025 年 1 月 31 日（周五）必到】

最终提交期限之前，如合计申请金额未达到全年 30 万日元的支付上限额度，可多次申请。

所受理的申请将根据申请顺序进行审查。审查需要时间，因此从申请至汇款需要一定时间。敬请谅解。

【保健医疗补助费（医疗费）申请资料受理机构】

邮编 160－0022　JAPAN
东京都新宿区新宿 1 丁目 29-8
一般财团法人日本公众卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当人　收

电话号码　+81-3-3352-4285
传真号码　+81-3-3352-4605
电子邮件　zaigai@jpha.or.jp

邮编 160－0022　JAPAN
东京都新宿区新宿 1 丁目 29-8
一般财团法人日本公众卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当人　收

电话号码　+81-3-3352-4285
传真号码　+81-3-3352-4605
电子邮件　zaigai@jpha.or.jp

邮编 160－0022　JAPAN
东京都新宿区新宿 1 丁目 29-8
一般财团法人日本公众卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当人　收

电话号码　+81-3-3352-4285
传真号码　+81-3-3352-4605
电子邮件　zaigai@jpha.or.jp

邮编 160－0022　JAPAN
东京都新宿区新宿 1 丁目 29-8
一般财团法人日本公众卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当人　收

电话号码　+81-3-3352-4285
传真号码　+81-3-3352-4605
电子邮件　zaigai@jpha.or.jp

请沿着虚线剪取后用作邮寄时的地址标签。

预计将进行多次申请时，请事先将第 3 页至第 9 页的表格复印（纸的颜色亦可为白色。）以便申请时使用，或与日本公众卫生协会联系，申请追加寄送申请表。

格式第 5 号

保健医疗补助费支付申请书兼领取对象确认申请书（医疗费）

领取对象确认通知编号			-					
（初次申请而没有领取对象确认通知编号时，请填写以下任意一个编号，并附上复印件。）								
原子弹受害者健康手册编号（公费负担医疗的领取者编号）								
原子弹受害时状况确认证（或原子弹受害确认证）编号								

读音		公历 大正　　年　　月　　日生 昭和	性别
姓名			男・女
居住国家			
地址			
电话号码			
E-mail			
申请者本人以外可以联系到的人的姓名、E-mail、电话号码			
汇款账户※1	金融机构名称		
	总(支)行名称		
	总(支)行地址		
	账户号码		
	账户持有人		
	SWIFT/BIC 代码		
	IBAN 代码※2		
申请金额	当地货币		(单位)

※1 ・请务必附上银行存折复印件或能够确认汇款账户的材料。
・请务必使用申请人名下的账户。
※2 仅限居住在南美或欧洲地区的人填写。

如上所述，附上有关材料，申请领取 2024 年保健医疗补助费。

年　　月　　日

申请者姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※此签名栏须由申请者本人填写。

（代理人申请时）　代理人姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
代理人地址・电话号码＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※务必填写我们能联系到的代理人的地址和电话号码。

广岛县知事 先生

格式第 5 号之 2

支付申请明细（医疗费）

	金额	摘要（有住院时，填写该医院的名称）
1 月		
2 月		
3 月		
4 月		
5 月		
6 月		
7 月		
8 月		
9 月		
10 月		
11 月		
12 月		
合计		

（注 1） 请把和各月支付金额有关的发票按月份分开，贴在第 5 页所述发票用纸（格式第 5 号之 3）上，然后提交。

（注 2） 请按居住国家的货币单位填写金额。

格式第 5 号之 3

粘贴（　　）月的发票

（注 1）　**发票必须记载有下述 4 点内容。**

1) 支付的金额
2) 支付人的姓名（必须和申请者本人的姓名相同）
3) 医疗机构的名称、地址、电话号码
4) 支付日期（年、月、日）

（注 2）　请留意提交的发票无法归还。

（注 3）　此页可复印，每月的发票贴一张。如果写明是哪个月的发票的话，可以不按此页的格式。

格式第 6 号

就诊医疗机构清单

（请填写正在就诊的医疗机构或经常就诊的医疗机构等）

年　　月　　日

广岛县知事 先生

居住国家_____

地　　址_____

姓　　名_____

电话号码_____

医疗机构名称	医疗机构地址	电话号码

格式第 7 号

确认内容变更申报书（姓名、地址、电话号码变更）

年　　月　　日

广岛县知事 先生

（变更后）地 址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（变更后）姓 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※此签名栏须由申请者本人填写。

请仅填写有变更的项目。

领取对象确认通知编号				—					
姓名变更	读音								
	变更前的姓名								
	读音								
	变更后的姓名								
地址变更	变更前的地址								
	变更后的地址								
电话号码	变更前的电话号码	（请从国家号开始填写）							
	变更后的电话号码	（请从国家号开始填写）							
变更日期	年　　月　　日								

＊ 请附加能够确认变更内容的材料及能够证明为申请者本人的材料。

＊ 本申报书是用于申请保健医疗助成事业的申报书，而针对发放原子弹受害者健康手册的自治体的相关手续，则需另外办理。

格式第 8 号

支付申请书（医疗费）（死亡后申请用）

1．请填写作为申请对象的原子弹受害者的相关信息。

领取对象确认通知编号									
				－					

读音		公历 大正　　年　月　日生 昭和	性别
姓名			男・女
地址			

2．请填写申请者信息。

读音		与原子弹受害者的关系	
姓名			
居住国家			
地址			
电话号码	（请从国家号开始填写）		
E-mail			
汇款账户※1	金融机构名称		
	总(支)行名称		
	总(支)行地址		
	账户号码		
	账户持有人		
	SWIFT/BIC 代码		
	IBAN 代码　※2		
申请金额	当地货币　　(单位)		

请附上能证明申请者为死亡的原子弹受害者继承人的文件。

※1 **・请务必附上银行存折复印件或能够确认汇款账户的材料。**

・请务必使用申请人名下的账户。

※2 仅限居住在南美或欧洲地区的人填写。

如上所述，附上相关资料，申请领取死亡者＿＿＿＿＿＿2024 年保健医疗补助费。

万一在领取后就该保健医疗补助费发生争议，我发誓不追究广岛县知事的责任，一切由我本人负责。

＿＿＿年＿＿月＿＿日

申请者姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※此签名栏须由申请者本人填写。

广岛县知事 先生

格式第 9 号

死亡申报书

年　月　日

广岛县知事 先生

在此附上相关文件，进行下列死亡申报。

读音		与原子弹受害者的关系	
姓名			
居住国家			
地址			
电话号码	（请从国家号开始填写）		

死亡的人	领取对象确认通知编号				—				
	读音								
	姓名								
	地址								
	死亡日期								

※　请附上能够确认死亡日期的资料（公共机构或医院发行的死亡证明书）。
※　本申报书是用于申请保健医疗助成事业的申报书，而针对发放原子弹受害者健康手册的自治体的相关手续，则需另外办理。
※　请归还领取对象确认通知书。

基于法律的医疗费申请手续
超过 30 万日元时等的申请

※　请务必提交下表中的 1～5 的资料。

核查框	编号	提交资料
□	1	医疗费与一般疾病医疗费支付申请书兼领取对象确认申请书（格式第 10 号）
□	2	能够确认汇款账户的资料（存折复印件或支票等）
□	3	能够确认下列 4 项内容的发票等资料 1）所支付金额 2）接受治疗者的姓名（必须与申请者本人姓名一致） 如发票中包含申请者以外的医疗费用，为便于分辨，请在本人费用处划线表示。 3）医疗机构的名称、地址、电话号码 ※ 请根据需要附上以下资料。 ・凭医生处方在药店买了药时：处方 ・接受了民间保险支付时：保险支付等的证明书 4）支付日期
□	4	能够了解治疗内容、疾病名称等的医生诊断书等资料
□	5	原子弹受害者健康手册的复印件

请根据需要，提交以下 6～12 的资料。

□	6	认定书的复印件 ※　请仅在领取了医疗特别补贴时提交。
□	7	本人身份确认资料 ※尚未领取各种补贴（健康管理补贴、保健补贴、医疗特别补贴或特别补贴）的人，请提交下列材料中的一种 ・户籍誊本、户籍抄本、公证人开具的证明书（Notary public） ・在留许可证、居住证明书等（申请日期前一个月内签发的）
□	8	确认内容变更申报书（格式第 11 号） ※　请仅在住址等发生变更时提交。
□	9	支付申请书（死亡后申请用）（格式第 12 号） 请提交 9 以取代 1。
□	10	死亡申报书（格式第 13 号） ※　请附上能够确认死亡时间的资料（公共机构或医院发行的死亡证明书）。
□	11	能够证明有亲属关系或财产继承权的资料
□	12	能够确认领取人汇款账户的资料（必须是死亡后申请者名义的账户） ※ 9～12 的资料仅在遗属申请已故原子弹受害者的医疗费时提交。

◆申请书的提交时期等

申请书将按照提交顺序进行审查和支付。

但是，为了计算出在日本进行同样治疗所需要的费用，审查需要时间。因此，从申请至汇款需要一定时间。敬请谅解。

【基于法律的医疗费申请资料受理机构】

邮编 160-0022 JAPAN
东京都新宿区新宿 1 丁目 29-8
一般财团法人日本公众卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当人　收

电话号码　+81-3-3352-4285
传真号码　+81-3-3352-4605
电子邮件　zaigai@jpha.or.jp

邮编 160-0022 JAPAN
东京都新宿区新宿 1 丁目 29-8
一般财团法人日本公众卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当人　收

电话号码　+81-3-3352-4285
传真号码　+81-3-3352-4605
电子邮件　zaigai@jpha.or.jp

邮编 160-0022 JAPAN
东京都新宿区新宿 1 丁目 29-8
一般财团法人日本公众卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当人　收

电话号码　+81-3-3352-4285
传真号码　+81-3-3352-4605
电子邮件　zaigai@jpha.or.jp

邮编 160-0022 JAPAN
东京都新宿区新宿 1 丁目 29-8
一般财团法人日本公众卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当人　收

电话号码　+81-3-3352-4285
传真号码　+81-3-3352-4605
电子邮件　zaigai@jpha.or.jp

请沿着虚线剪取后用作邮寄时的地址标签。

预计将进行多次申请时，请事先将第 3 页至第 6 页的表格复印（纸的颜色亦可为白色。）以便申请时使用，或与日本公众卫生协会联系，申请追加寄送申请表。

格式第 10 号

医疗费与一般疾病医疗费支付申请书兼领取对象确认申请书

领取对象确认通知编号			-					
初次申请而没有领取对象确认通知编号时，请填写以下任意一个编号，并附上复印件。）								
原子弹受害者健康手册编号（公费负担医疗的领取者编号）								
原子弹受害时状况确认证（或原子弹受害确认证）编号								

读音		公历 大正　　年　月　日生 昭和	性别
姓名			男・女
居住国家			
地址			
电话号码			
E-mail			
申请者本人以外可以联系到的人的姓名、E-mail、电话号码			
汇款账户※1	金融机构名称		
	总(支)行名称		
	总(支)行地址		
	账户号码		
	账户持有人		
	SWIFT/BIC 代码		
	IBAN 代码※2		
申请时有无获得原子弹后遗症认定		有　・　无	
申请金额	当地货币		(单位)

※1 ・请务必附上银行存折复印件或能够确认汇款账户的材料。
・请务必使用申请人名下的账户。
※2 仅限居住在南美或欧洲地区的人填写。

如上所述，根据有关向原子弹受害者进行援护的法律第 17 条（第 18 条）的规定，附加相关资料申请领取医疗费（一般疾病医疗费）。另外，委任一般财团法人日本公众卫生协会领取所支付的医疗费（一般疾病医疗费）。

年　月　日

申请者姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※此签名栏须由申请者本人填写。

（代理人申请时）　代理人姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人地址・电话号码＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※务必填写我们能联系到的代理人的地址・电话号码。

广岛县知事 先生

格式第 11 号

确认内容变更申报书（姓名、地址、电话号码变更）

年　　月　　日

广岛县知事 先生

（变更后）地 址＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（变更后）姓 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

***此签名栏须由申请者本人填写。**

请仅填写有变更的项目。

领取对象确认通知编号									
姓名变更	读音								
	变更前的姓名								
	读音								
	变更后的姓名								
地址变更	变更前的地址								
	变更后的地址								
电话号码	变更前的电话号码	（请从国家号开始填写）							
	变更后的电话号码	（请从国家号开始填写）							
变更日期		年　　月　　日							

＊ 请附加能够确认变更内容的材料及能够证明为申请者本人的材料。

＊ 本申报书是用于申请保健医疗补助事业的申报书，而针对发放原子弹受害者健康手册的自治体的相关手续，则需另外办理。

格式第 12 号

医疗费与一般疾病医疗费支付申请书（死亡后申请用）

1．请填写作为申请对象的原子弹受害者的相关信息。

领取对象确认通知编号									
读音		公历 大正　　年　月　日生 昭和						性别	
姓名								男・女	
地址									

2．请填写申请者信息。

读音		与原子弹受害者的关系	
姓名			
居住国家			
地址			
电话号码	（请从国家号开始填写）		
E-mail			
汇款账户 ※1	金融机构名称		
	总(支)行名称		
	总(支)行地址		
	账户号码		
	账户持有人		
	SWIFT/BIC 代码		
	IBAN 代码　※2		
申请金额	当地货币　　(单位)		

请附上能证明申请者为死亡的原子弹受害者继承人的文件。

※1・请务必附上银行存折复印件或能够确认汇款账户的材料。
・请务必使用申请人名下的账户。
※2 仅限居住在南美或欧洲地区的人填写。

如上所述，针对已死亡的＿＿＿＿＿＿，根据有关向原子弹受害者进行援护的法律第 17 条（第 18 条）的规定，附加相关资料申请领取医疗费（一般疾病医疗费）。另外，委任一般财团法人日本公众卫生协会领取所支付的医疗费（一般疾病医疗费）。

万一在领取后就该保健医疗补助费发生争议，我发誓不追究广岛县知事的责任，一切由我本人负责。

＿＿＿＿＿＿年　月　日

申请者姓名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※此签名栏须由申请者本人填写。

广岛县知事 先生

格式第 13 号

死亡申报书

年　月　日

广岛县知事 先生

在此附上相关文件，进行下列死亡申报。

读音		与原子弹受害者的关系	
姓名			
居住国家			
地址			
电话号码	（请从国家号开始填写）		

死亡的人	领取对象确认通知编号				－					
	读音									
	姓名									
	地址									
	死亡日期									

※　请附上能够确认死亡日期的资料（公共机构或医院发行的死亡证明书）。
※　本申报书是用于申请“医疗费(普通疾病医疗费)”的申报书，而针对发放原子弹受害者健康手册的自治体的相关手续，则需另外办理。
※　请归还领取对象确认通知书。