

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应用	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应用手续	<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_iryoku/kenkou/genbaku/genbaku03/index.html

二维码



医疗费等的申请指南

前言

2025 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

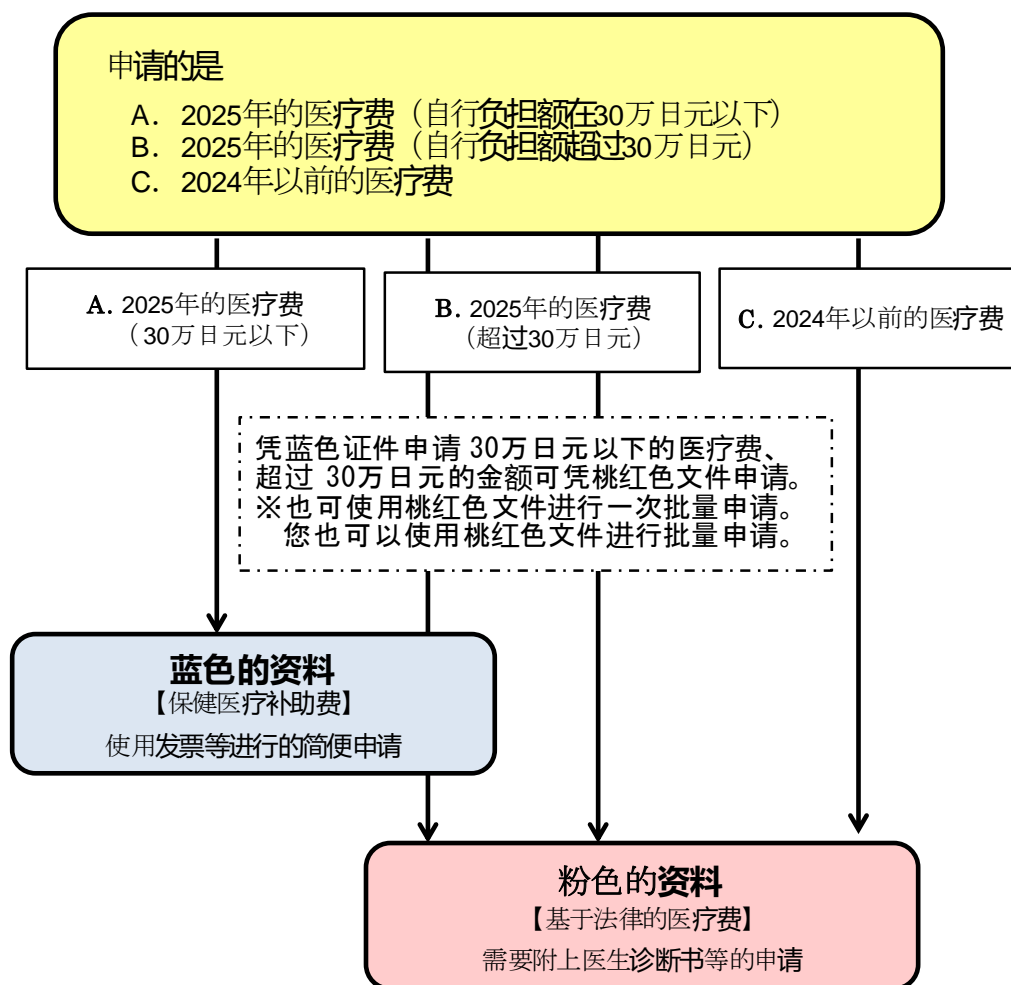
◎也可将 30 万日元以内的医疗费作为“1.保健医疗补助费”、超过 30 万日元的部分作为“2.基于法律的医疗费”进行申请。

【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)
	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
所需资料等	<ul style="list-style-type: none">○ 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	<ul style="list-style-type: none">○ 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	2026 年 1 月 31 日中旬	—
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。

请确保申请表上的申请日期和签名完整。

【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。

◎以美容为目的的治疗等，不属于本制度的适用对象。

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 2025 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	2,000,000	ARS
澳大利亚联邦	澳元	3,126	AUD
多民族玻利维亚国	玻利维亚诺	12,971	BOB
巴西联邦共和国	雷亚尔	10,601	BRL
加拿大	加元	2,838	CAD
中华人民共和国	人民币	14,334	CNY
欧洲联盟	欧元	1,834	EUR
印度尼西亚共和国	印尼盾	29,411,765	IDR
墨西哥合众国	墨西哥比索	36,015	MXN
菲律宾共和国	菲律宾比索	108,696	PHP
新加坡共和国	新加坡元	2,669	SGD
瑞典王国	瑞典克朗	19,557	SEK
瑞士联邦	瑞士法郎	1,760	CHF
台湾	台币	64,795	TWD
泰国	铢	66,667	THB
英国	英镑	1,518	GBP
美利坚合众国	美元	1,989	USD
乌拉圭东方共和国	乌拉圭比索	84,746	UYU
越南社会主义共和国	盾	48,387,097	VND

※以上金额根据 2025 年 4 月汇率换算

(1)对象人

- 获得 "原子弹爆炸幸存者健康证明书 "或 "原子弹爆炸时身份确认证明书 "的海外原子弹爆炸幸存者，希望在居住国的医疗机构接受必要的医疗费用补助，且广岛县或长崎县此前已认为应向其提供健康和医疗补助。
- 如果上述符合条件者死亡，则由遗属代替符合条件者。

(2)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***）。

- 2025 年 1 月～12 月全年所支付的

- ・ 自行负担的医疗费
- ・ 体检费用

(3)提交期限

申请书的**最终提交期限为 2026 年 1 月中旬**。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。

(4)申请手续

请参阅蓝色的资料。

(5)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
 - **美容手术等**

* 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支付的支付。
 - 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

【计算方法】

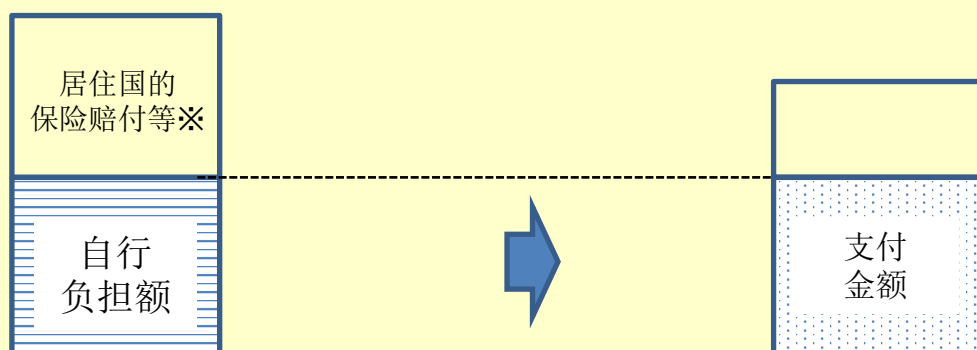
①居住国的医疗内容与日本的医疗内容相近，换算成日本的诊疗报酬后的金额超过自行负担额时

⇒ **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

〔 居住国的医疗费 〕

〔 换算成日本的诊疗报酬 〕



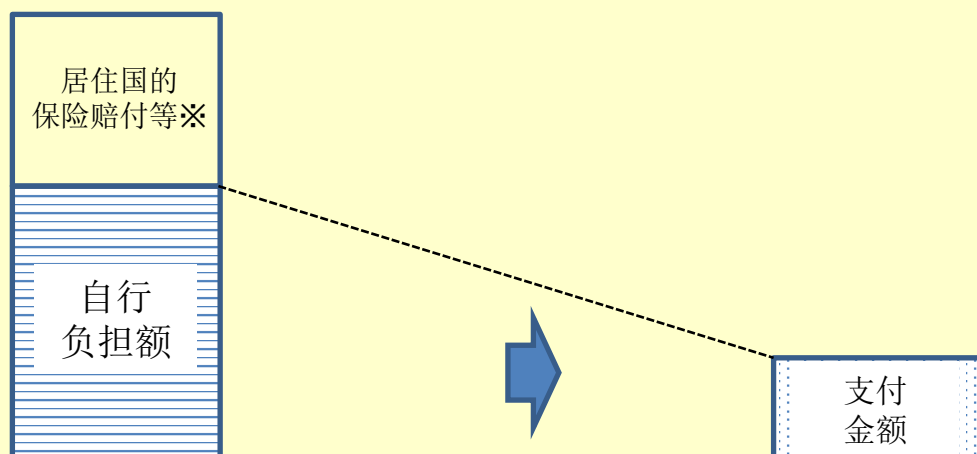
②居住国的医疗内容和日本的医疗内容相比，其费用显著昂贵

⇒ **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

〔 居住国的医疗费 〕

〔 换算成日本的诊疗报酬 〕



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 1~5 的资料。

核查框	编号	提交资料
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	2	能够确认汇款账户的资料(存折复印件或支票等)
<input type="checkbox"/>	3	保健医疗补助费支付申请明细(格式第 5 号之 2)
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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

请根据需要提交以下第 6 和第 7 项材料,在遗属为已故原子弹爆炸幸存者申请医疗费时提交第 8 至第 11 项材料。

<input type="checkbox"/>	6	本人身份确认资料 ※如果您没有领取各种津贴(保健津贴、医疗津贴、特别医疗津贴或特别津贴),请提交申请日 期前一个月内签发的下列文件之一。 ・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)
<input type="checkbox"/>	7	确认内容变更申报书(格式第 6 号) ※ 请仅在申请医疗费时地址或其他详细信息发生变更时提交。
<input type="checkbox"/>	8	保健医疗补助费支付申请书(死亡后申请用)(格式第 7 号) ※ 请提交 8 而不是 1。 ※ 附上可确认死亡日期的文件(由公共机构或医院签发的死亡证明书)。 请附上死亡证明书副本(由公共机构或医院签发)。
<input type="checkbox"/>	9	死亡申报书(格式第 8 号) ※ 请仅在申请医疗费用时提交。
<input type="checkbox"/>	10	能够证明有亲属关系或财产继承权的资料
<input type="checkbox"/>	11	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)

◆ 申请书的提交时期等

【最终提交期限：2025 年 1 月中旬】

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共卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当者 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共卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当者 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共卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当者 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共卫生协会
在外原子弹受害者保健医疗补助事业
担当者 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 7 页的表格复印（纸的颜色亦可为白色。）以便申请时使用，或与日本公共卫生协会联系，申请追加寄送申请表。

如果邮寄有困难，也可以通过电子邮件提交申请。请发送至以下地址。

zaigai@jpha.or.jp

***请注意不要发错地址！**

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				-					
原子弹受害者健康手册编号（公费负担医疗的领取者编号）									
读音		年 月 日生						性别	
姓名									
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								联系人姓名	
电话号码※1									
E-mail※1									
汇款账户※2	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 此联系方式仅在我们无法联系到个人时使用。
- ※2 ・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。
- ※3 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 2025 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

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）收据和与每月支出金额有关的其他文件应一并提交。

（注 2）**收据必须显示以下四项内容。**

- 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 3）金额应以居住国货币填写。

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。

只有在申请医疗费时发生任何变更时，才需要提交此表。
请仅填写发生变化的项目。

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。

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					年 月 日生				性别		
姓名											
地址											

2. 请填写申请者信息。

读音			与原子弹受害者关系	
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_____2025 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

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											

※请仅在申请医疗费用时提交此表。
※本通知书用于申请医疗补贴项目。
另外，还必须填写向发放 "原子弹爆炸幸存者证明书 "的地方自治体申请的手续。
※请仅在死亡后申请时提交。

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
<input type="checkbox"/>	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 9 号)
<input type="checkbox"/>	2	能够确认汇款账户的资料(存折复印件或支票等)
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	4	能够了解治疗内容、疾病名称等的医生诊断书等资料
<input type="checkbox"/>	5	原子弹受害者健康手册的复印件

请根据需要提交以下文件 6～8,只有在遗属为已故原子弹爆炸幸存者申请医疗费时才提交 9～12。

<input type="checkbox"/>	6	认定书的复印件 ※ 请仅在领取了医疗特别补贴时提交。
<input type="checkbox"/>	7	本人身份确认资料 ※ 如果您没有领取各种津贴(保健津贴、医疗津贴、医疗特别津贴或特别津贴),请提交申请日期前一个月内签发的下列文件之一。 ・ 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)
<input type="checkbox"/>	8	确认内容变更申报书(格式第 10 号) ※ 请仅在住址等发生变更时提交。
<input type="checkbox"/>	9	支付申请书(死亡后申请用)(格式第 11 号) ※ 请提交 9 以取代 1。 ※ 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)。
<input type="checkbox"/>	10	死亡申报书(格式第 13 号) ※ 请仅在申请医疗费用时提交。
<input type="checkbox"/>	11	能够证明有亲属关系或财产继承权的资料
<input type="checkbox"/>	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)

◆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】

<p>邮编 160-0022 <u>JAPAN</u> 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 担当者 收</p> <p>电话号码 +81-3-3352-4285 传真号码 +81-3-3352-4605 电子邮件 zaigai@jpha.or.jp</p> 	<p>邮编 160-0022 <u>JAPAN</u> 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 担当者 收</p> <p>电话号码 +81-3-3352-4285 传真号码 +81-3-3352-4605 电子邮件 zaigai@jpha.or.jp</p> 
<p>邮编 160-0022 <u>JAPAN</u> 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 担当者 收</p> <p>电话号码 +81-3-3352-4285 传真号码 +81-3-3352-4605 电子邮件 zaigai@jpha.or.jp</p> 	<p>邮编 160-0022 <u>JAPAN</u> 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 担当者 收</p> <p>电话号码 +81-3-3352-4285 传真号码 +81-3-3352-4605 电子邮件 zaigai@jpha.or.jp</p> 

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。

如果邮寄有困难，也可以通过电子邮件提交申请。请发送至以下地址。

zaigai@jpha.or.jp

***请注意不要发错地址！**

格式第 9 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				-				
原子弹受害者健康手册编号（公费负担医疗的领取者编号）								
读音		年 月 日生					性别	
姓名								
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							联系人姓氏	
电话号码※1								
E-mail※1								
汇款账户※2	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※3								
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 此联系信息仅在无法联系到申请人时使用。

※2 • 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。

※3 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

确认内容变更申报书（姓名、地址、电话号码变更）

广岛县知事 先生

_____年 月 日

(变更后) 地 址_____

(变更后) 姓 名_____

此签名栏须由申请者本人填写。

只有在申请医疗费用时发生变更的情况下，才需提交此表。
请仅填写发生变化的项目。

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。
* 本通知书用于申请“医疗费（一般疾病医疗费）”、
另外，还需办理“证明书”签发市町村的手续。
另外，还需办理“原子弹爆炸幸存者证明书”签发市町村的手续。

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		年 月 日生					性别	
姓名								
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

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									

※ 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。

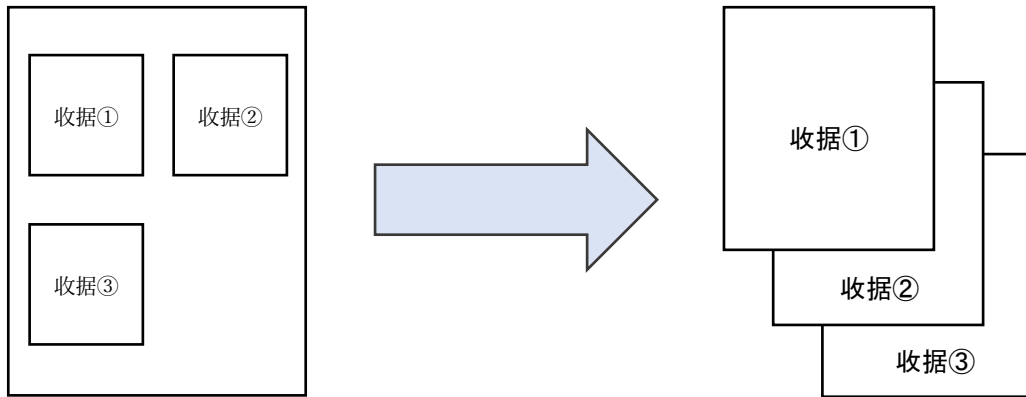
※ 请在死亡后申请时提交此表。

【重要】关于提交收据的方法的通知

1. 发票提交方式 <通用> 变更

【变更内容】

为防止收据丢失，此前一直要求您将收据粘贴在每月收据粘贴台纸上。自 2025 年起，将取消该粘贴台纸。今后，请直接提交收据，无需粘贴在台纸上。



【提交方式】

- ◇ 请将收据保持原样提交。
- ◇ 请勿使用胶水粘贴或订书机订书。
- ◇ 如需整理，请使用夹子或可剥离的胶带。
- ◇ 收据必须包含以下 4 项内容：
 - ① 支付金额
 - ② 接受医疗服务的人员姓名
 - ※若包含他人费用，请在本人费用部分划线并明确标注。
 - ③ 医疗机构名称、地址、电话号码
 - ④ 支付日期

2. 热敏纸收据的处理 <通用>

- ◇ 热敏纸随时间推移文字易消失，请提交复印件或扫描件。
- ◇ 如无法复印，也可通过邮件提交 PDF 等格式。
- ◇ 文字无法辨认时，申请可能无效，请务必注意。

3. 收据相关说明 <基于法律的医疗费用申请>

- ◇ 仅记载金额的收据无法准确核算申请内容。
- ◇ 请务必提交以下其中一项：
 - ・ 注明医疗行为或检查内容的收据
 - ・ 或附有诊疗内容明细的单独文件（明细表）

※无需提交检查结果。所需的是能明确说明“接受了何种医疗行为或检查”的明细。若记载不明确，可能无法核算。

为确保申请流程顺畅，恳请各位理解并配合。

根据法律规定进行申请时，请注意以下事项。

◎所需信息已明确记载的收据示例◎

收据 ①ABC 医院	
②约翰·史密斯	
③2025/5/27 诊疗费	④40 USD
2025/6/08 诊疗费 CT 血液检查	155USD

△不完整的收据示例△

发票 ①ABC 医院	③2025/1/23
医疗费用 ④155 美元（账单金额）	

姓名及详细信息缺失，无法确定具体服务内容的文件无法进行结算。

请先手写填写姓名。

然后在空白处填写治疗内容。

如果是发票，请附上付款证明。

发票 ①ABC 医院	③2025/1/23
医疗费用 ④155 美元	
② 约翰·史密斯 诊疗 CT 血液检查	

+

支付证明文件

『Amount Due』或『You Pay』等字样不构成支付证明。提交发票时，请务必附

上与金额一致的收据（如信用卡账单、支票复印件等）。请提交显示『Amount

Due：0.00』或『You Pay』的收据。