

## 在外被爆者保健医療助成事業の手續について

2004年から2013年までの間に、本事業により医療費の助成を受けていた方であって、それぞれの年の支給上限額を超える医療費の自己負担をされていた方は、以下の要領により追加の助成を受けることができます。

1. 次の(1)～(5)までの書類を提出してください。

(1) 支給申請書(様式第1号、第2号)

3～4ページの様式に必要事項を記入してください。

(注) 各年の上限額は、最後のページの参考欄をご参照ください。

(2) 各年分の診療内容明細書(様式第3号～第7号)

5～14ページの様式を医療を受けられた医療機関に提出し、年毎、入院・外来・歯科毎に治療内容や支払われた医療費等の明細について、医療機関に記載していただいでください。記載内容をもとに審査を行います。なお、原爆症の認定を受け、その疾病で医療を受けた場合には、医療機関に原爆症の認定を受けた疾病名を伝え、様式第6号又は第7号を提出し、他の疾病とは別に記載していただいでください。

(注1) 提出にあたっては、各年毎にまとめて提出をお願いします。

(注2) 原爆症認定疾病については、下記のURLをご参照ください。

英語版：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/genbaku04/dl/english.pdf>

ポルトガル語版：<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/genbaku04/dl/portuguese.pdf>

(3) 保険給付等の証明書

医療に要した費用に関して、公的保険など、医療費から控除されるべき給付があった場合は、その金額がわかる資料を添付してください。

(注1) 上記(2)の診療内容明細書に記載されている場合は、提出不要です。

(注2) 提出にあたっては、各年毎にまとめて提出をお願いします。

(4) 通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類

(5) 原爆症の認定を受けている場合は認定書の写し

2. 「1. (1) ~ (5)」の書類を、

**2014年10月31日(金)までに必ず到着**  
するよう以下の宛先に郵送してください。

なお、必要な書類が整った場合には、年を区分して、複数回に分けて申請することも可能です。

各年ごとに審査の結果、追加助成がある場合には、2015年3月31日までに振り込みを行います。それまでに口座を変更する場合は、必ずご連絡ください。

3. 書類の郵送前に、18ページの提出書類チェックリストで申請に必要な書類がそろっているかを確認してください。

【申請書送付先】

〒160-0022

東京都新宿区新宿1丁目29-8

一般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

問い合わせ先

一般財団法人 日本公衆衛生協会 細田 (Hosoda)

電話(telephone) +81-3-3352-4281

ファックス(fax) +81-3-3352-4605

電子メール(e-mail) [zaigai@jpha.or.jp](mailto:zaigai@jpha.or.jp)

## 支給申請書

受給対象確認通知番号				—					
フリガナ 氏名		西暦 大正 昭和	年	月	日生	性別 男・女			
居住国									
住所									
電話番号	(国番号から記載すること)								
FAX/E-mail									
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)								
原爆症認定の有無(※5)	有 ・ 無								
手当受給の有無(※6)	有 ・ 無								
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 振込口座は必ず申請者本人名義としてください。  
 ※5 申請時点で、原爆症認定を受けている方は、「有」に○をしてください。  
 ※6 申請時点で、健康管理手当、保健手当、医療特別手当、特別手当又は原子爆弾小頭症手当を受給されている方は、「有」に○をしてください。

上記のとおり、2004年から2013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

Ⓢ  
(又はサイン)

(代理で申請する場合) 代理申請者氏名  
代理申請者連絡先

※代理申請者連絡先は必ず連絡が取れる方の連絡先を記入

〇〇県知事 様

## 年別支給申請内訳

支給年	医療に要した額 ①	保険給付等の額 ②	自己負担相当額 ③ (①-②)	備考
2004年				
2005年				
2006年				
2007年				
2008年				
2009年				
2010年				
2011年				
2012年				
2013年				
合 計				

(注1) 「医療に要した額」欄は、医療機関に別添の様式を提出いただき、各年毎に、治療内容の明細や支払われた医療費等の明細を記入してもらい、医療に要した総額を記載してください。

(注2) 「保険給付等の額」欄は、当該医療を受けたことによる保険給付などの給付金額があった場合は、保険会社等からその証明書の発行していただき、その証明された給付額を記載してください。

(注3) 「自己負担相当額」欄は、医療に要した金額から保険給付等の金額を控除した額を記載してください。

(注4) 金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

外来用

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ③ この様式は外来用です。原則、各年(2004~2013)毎に1枚の作成をお願いします。  
 ※ 記載にあたっては、原則、1月から12月までの1年間分を記載してください。(2004年分は10月~12月までが対象です。)  
 ※ 入院がある場合は、入院用の様式に記載をお願いします。  
 ※ 患者から原爆症認定疾病に関する診療内容の記載を依頼された場合は、別の専用様式に記載をお願いします。  
 ※ この様式と同項目の記載があれば、任意様式でも受け付けますが、領収明細書、署名欄は、必ず記載をお願いします。
- ④ ※9.その他には、1~8に該当しない内容を記載してください。

( \_\_\_\_\_ 年分) 診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
主要な傷病名	①	国際疾病分類番号(ICD10)			
	②	国際疾病分類番号(ICD10)			
	③	国際疾病分類番号(ICD10)			
治療の概要	①				
	②				
	③				

診療内容				
1. 外来				
	主要な傷病	診療期間		日数
①		20 / / ~ 20 / /		
②		20 / / ~ 20 / /		
③		20 / / ~ 20 / /		
診療日数の年間合計 (①~③)		_____ 日		
2. 投薬				
	使用した薬剤	用法	投与量	投薬日数合計
<input type="checkbox"/> 有	_____	_____	_____	_____ 日
<input type="checkbox"/> 無	_____	_____	_____	_____ 日
3. 注射				
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____ 日	
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____ 日	
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____ 日	
4. 検査				
	検査内容	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 超音波検査	_____	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> 上記以外の検査	_____	_____	_____	_____ 回

診療内容				
5. 理学療法				
年間に行った回数				_____ 回
6. X線検査				
	部位	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
7. 手術(入院は別様式に記入してください)				
手術の内容(概略を書いてください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     _____                      _____                      _____                      _____                 </div>				
手術技術料	その他の費用	費用合計		
8. その他の処置(入院は別様式に記入してください)				
処置の内容(概略を書いてください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     _____                      _____                      _____                      _____                 </div>				
処置費用	材料費	その他の費用	費用合計	
※9. その他				
<input type="checkbox"/> 診断書作成費用	_____			
<input type="checkbox"/> その他の費用合計	_____ ⇒ 主要内容			

領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。  
 ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。  
 ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。  
 ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。  
 ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療録番号: \_\_\_\_\_  
 名前: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号: \_\_\_\_\_  
 住所: 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_  
 日付: \_\_\_\_\_ 署名: \_\_\_\_\_

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

**入院用(医科・歯科)**

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ③ この様式は入院用です。原則、各年(2004~2013)毎に1枚の作成をお願いします。  
 ※ 記載にあたっては、原則、1月から12月までの1年間分を記載してください。(2004年分は10月~12月までが対象です。)  
 ※ 外来の場合は、外来用の様式に記載をお願いします。  
 ※ 患者から原爆症認定疾病に関する診療内容の記載を依頼された場合は、別の専用様式に記載をお願いします。  
 ※ この様式と同項目の記載があれば、任意様式でも受け付けますが、領収明細書、署名欄は、必ず記載をお願いします。
- ④ ※9.その他には、1~8に該当しない内容を記載してください。

( \_\_\_\_\_ 年分) 診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
入院の原因となった主要な傷病名	①	国際疾病分類番号(ICD10)			
	②	国際疾病分類番号(ICD10)			
治療の概要	①				
	②				

診療内容					
1. 入院					
入院の原因となった主要な傷病		入院期間(2回までこの用紙で記入できます。)			日数
①		20 / / ~	20 / /		
②		20 / / ~	20 / /		
2. 投薬					
<input type="checkbox"/> 有	使用した薬剤	用法	投与量	投薬日数合計	
	_____	_____	_____	_____日	
<input type="checkbox"/> 無	_____	_____	_____	_____日	
	_____	_____	_____	_____日	
	_____	_____	_____	_____日	
3. 注射					
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤:		使用量:	投与日数合計:	日	
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤:		使用量:	投与日数合計:	日	
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤:		使用量:	投与日数合計:	日	
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤:		使用量:	投与日数合計:	日	
4. 検査					
<input type="checkbox"/> 尿	検査内容	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)	
	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 超音波検査	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 上記以外の検査	_____	_____	_____	_____回	
5. 理学療法					
				年間に行った回数	_____回
6. X線検査					
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	部位	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
		_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____回

診療内容					
7. 手術					
①手術の内容(概略を書いてください)					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
②手術の内容(概略を書いてください)					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
	手術技術料	入院管理費	看護費用	食事費用	費用合計
①					
②					
8. その他の処置					
①処置の内容(概略を書いてください)					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
②処置の内容(概略を書いてください)					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
	処置費用	材料費	その他の費用	費用合計	
①					
②					
※9. その他					
<input type="checkbox"/> 診断書作成費用 _____					
<input type="checkbox"/> その他の費用合計 _____ ⇒ 主な内容 [ _____ ]					

領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

- ※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。
- ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。
- ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。
- ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。
- ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。
- ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。
- ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療録番号: \_\_\_\_\_

名前: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号: \_\_\_\_\_

住所: 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_ 署名: \_\_\_\_\_



この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

歯科用

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ③ この様式は歯科診療用です。原則、各年(2004~2013)毎に1枚の作成をお願いします。  
 ※ 記載にあたっては、原則、1月から12月までの1年間分を記載してください。(2004年分は10月~12月までが対象です。)  
 ※ 入院がある場合は、入院用の様式に記載をお願いします。  
 ※ この様式と同項目の記載があれば、任意様式でも受け付けますが、領収明細書、署名欄は、必ず記載をお願いします。
- ④ ※14.その他には、1~13に該当しない内容を記載してください。

( \_\_\_\_\_ 年分) 歯 科 診 療 内 容 明 細 書

患者名		生年月日		性別	
-----	--	------	--	----	--

歯式																	
永久歯																	
	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	

診療内容	歯式	1年間にかかった料金
1. 診察 初診日 _____ 診療を行った実日数 _____ 診断管理料1 _____ 診断管理料2 _____		
2. レントゲン 咬翼型 _____ 標準型 _____ パノラマ断層撮影 _____		
3. 投薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬剤1 _____ 薬剤2 _____ 薬剤3 _____		
4. 歯垢除去 薬物塗布 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬品名 _____		
5. スケーリング・ルートプレーニング 歯周ポケット搔爬 _____ 歯周外科手術 _____		
6. 抜歯 その他手術 _____		
7. 歯髄覆罩 歯髄切断 _____ 根管治療 1 _____ 2 _____ 3 _____ 根管 _____		

診療内容	歯式	料金
8. 充填		
アマルガム	1	_____
	2	_____
	3	_____
レジン	1	_____
	2	_____
	3	_____
9. インレー・アンレー		_____
10. 充填物による支台築造		
メタルコア		_____
その他 _____		_____
11. 冠		
ポーセレン・金		_____
銀合金		_____
その他 _____		_____
12. ブリッジ		
支台歯		_____
ポンティック		_____
13. 有床義歯		
義歯修理		_____
※14. その他（上記以外の項目があれば記載してください）		
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
診断書		_____

領収明細書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

- ※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。
- ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。
- ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。
- ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。
- ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。
- ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。
- ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名： \_\_\_\_\_ 診療録番号： \_\_\_\_\_

名前： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号： \_\_\_\_\_

住所： 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

原爆症認定疾病用(外来)

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式は、原爆症認定疾病用(外来)です。原則、各年(2004～2013)毎に1枚の作成をお願いします。  
 ※ 患者から原爆症認定疾病に関する診療内容の記載を依頼された場合は、この様式に記載をお願いします。  
 ※ 入院がある場合は、原爆症認定疾病用(入院)の様式に記載をお願いします。  
 ※ 原爆症認定疾病以外の医療については、入院用、外来用の別の様式にそれぞれ記載をお願いします。  
 ※ 記載にあたっては、原則、1月から12月までの1年間分を記載してください。(2004年分は10月～12月までが対象です。)  
 ※ この様式と同項目の記載があれば、任意様式でも受け付けますが、領収明細書、署名欄は、必ず記載をお願いします。
- ③ この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ④ ※9.その他には、1～8に該当しない内容を記載してください。

( ) 年分) 診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
主要な傷病名	①	国際疾病分類番号(ICD10)			
	②	国際疾病分類番号(ICD10)			
	③	国際疾病分類番号(ICD10)			
治療の概要	①				
	②				
	③				

診療内容				
1. 外来				
	主要な傷病	診療期間		日数
①		20 / / ~ 20 / /		
②		20 / / ~ 20 / /		
③		20 / / ~ 20 / /		
診療日数の年間合計 (①～③)		日		
2. 投薬	使用した薬剤	用法	投与量	投薬日数合計
<input type="checkbox"/> 有	_____	_____	_____	_____日
<input type="checkbox"/> 無	_____	_____	_____	_____日
3. 注射				
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤:	_____	使用量:	_____	投与日数合計: _____日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤:	_____	使用量:	_____	投与日数合計: _____日
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴		
使用した薬剤:	_____	使用量:	_____	投与日数合計: _____日
4. 検査				
	検査内容	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
<input type="checkbox"/> 尿	_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> 超音波検査	_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> 上記以外の検査	_____	_____	_____	_____回

診療内容				
5. 理学療法				
年間に行った回数				_____ 回
6. X線検査				
	部位	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____ 回
7. 手術(入院は別様式に記入してください)				
手術の内容(概略を書いてください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>				
手術技術料	その他の費用	費用合計		
8. その他の処置(入院は別様式に記入してください)				
処置の内容(概略を書いてください)				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           _____            _____            _____            _____         </div>				
処置費用	材料費	その他の費用	費用合計	
※9. その他				
<input type="checkbox"/> 診断書作成費用	_____			
<input type="checkbox"/> その他の費用合計	_____ ⇒ 主な内容			

領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。  
 ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。  
 ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。  
 ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。  
 ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

担当医の名前及び住所

医療機関名： \_\_\_\_\_ 診療録番号： \_\_\_\_\_  
 名前： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号： \_\_\_\_\_  
 住所： 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_  
 日付： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_

この様式は、医療機関に記載を依頼してください。

原爆症認定疾病用(入院)

- ① この様式は、日本の助成制度(原子爆弾被爆者に対する医療費助成)の申請に使用します。
- ② この様式は、原爆症認定疾病用(入院)です。原則、各年(2004～2013)毎に1枚の作成をお願いします。  
 ※ 患者から原爆症認定疾病に関する診療内容の記載を依頼された場合は、この様式に記載をお願いします。  
 ※ 外来の場合は、原爆症認定疾病用(外来)の様式に記載をお願いします。  
 ※ 原爆症認定疾病以外の医療については、入院用、外来用の別の様式にそれぞれ記載をお願いします。  
 ※ 記載にあたっては、原則、1月から12月までの1年間分を記載してください。(2004年分は10月～12月までが対象です。)  
 ※ この様式と同項目の記載があれば、任意様式でも受け付けますが、領収明細書、署名欄は、必ず記載をお願いします。
- ③ この様式には、患者が受けた医療の内容を担当医が記入し、署名してください。(お問い合わせする場合があります。)
- ④ ※9.その他には、1～8に該当しない内容を記載してください。

( ) 年分) 診療内容明細書

患者名		生年月日		性別	
入院の原因となつた主要な傷病名	①	国際疾病分類番号(ICD10)			
	②	国際疾病分類番号(ICD10)			
治療の概要	①				
	②				

診療内容					
1. 入院					
入院の原因となつた主要な傷病		入院期間(2回までこの用紙で記入できます。)			日数
①		20 / / ~	20 / /		
②		20 / / ~	20 / /		
2. 投薬					
<input type="checkbox"/> 有	使用した薬剤	用法	投与量	投薬日数合計	
	_____	_____	_____	_____日	
<input type="checkbox"/> 無	_____	_____	_____	_____日	
	_____	_____	_____	_____日	
	_____	_____	_____	_____日	
3. 注射					
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____日		
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____日		
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____日		
<input type="checkbox"/> 皮下・筋注	<input type="checkbox"/> 静注	<input type="checkbox"/> 点滴			
使用した薬剤: _____		使用量: _____	投与日数合計: _____日		
4. 検査					
<input type="checkbox"/> 尿	検査内容	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)	
	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 血液	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 心電図	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 超音波検査	_____	_____	_____	_____回	
<input type="checkbox"/> 上記以外の検査	_____	_____	_____	_____回	
	_____	_____	_____	_____回	
5. 理学療法					
年間に行った回数					_____回
6. X線検査					
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	部位	使用した薬剤	投与量(年間)	回数(年間)
		_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____回
<input type="checkbox"/> レントゲン	<input type="checkbox"/> CT	_____	_____	_____	_____回

診療内容					
7. 手術					
①手術の内容(概略を書いてください)					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
②手術の内容(概略を書いてください)					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
	手術技術料	入院管理費	看護費用	食事費用	費用合計
①					
②					
8. その他の処置					
①処置の内容(概略を書いてください)					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
②処置の内容(概略を書いてください)					
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black;"></div>					
	処置費用	材料費	その他の費用	費用合計	
①					
②					
※9. その他					
<input type="checkbox"/> 診断書作成費用 _____					
<input type="checkbox"/> その他の費用合計 _____ ⇒ 主な内容 [ _____ ]					

### 領 収 明 細 書

	保険適用	保険適用外	合計
医療費	①	②	③
公的保険負担額	④	⑤ _____	⑥
患者負担額	⑦	⑧	⑨
領収額合計	⑩		
備考	⑪		

※①欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象となる医療費を記載してください。  
 ※②欄は、上記診療内容明細書において記載した医療費のうち、公的保険の対象とならない医療費を記載してください。  
 ※④欄は、公的保険が負担する額を記載してください。  
 ※⑦欄は、公的保険の対象となる医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑧欄は、公的保険の対象とならない医療費のうち、患者が負担する額を記載してください。  
 ※⑩欄は、医療機関が患者に請求して、受領した金額を記載してください。  
 ※⑪欄は、②と⑧や⑨と⑩の額が一致しない場合、その理由を記載してください。

**担当医の名前及び住所**

医療機関名: \_\_\_\_\_ 診療録番号: \_\_\_\_\_

名前: 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号: \_\_\_\_\_

住所: 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

日付: \_\_\_\_\_ 署名: \_\_\_\_\_

## 死 亡 届

平成（西暦） 年 月 日

〇〇知事（市長） 様

下記のとおり死亡の届出を、関係書類を添えて届け出ます。

(フリガナ)		死亡した 事業対象者 との続柄	
氏 名			
居住国			
住 所			
電話番号	(国番号から記載のこと)		

死 亡 し た 者	受給対象確認通知番号				—							
	フリガナ											
	氏 名											
	死亡の際の 住 所											
	死亡年月日											

※ 死亡年月日を確認できる書類を添付してください。

※ 受給対象確認通知書を返還してください。

(日本工業規格A列4番)

## 支給申請書（死亡後申請用）

(フリガナ)		死亡した 事業対象者 との続柄	
氏名			
居住国			
住所			
電話番号	(国番号から記載のこと)		
振込口座	金融機関名		
	本(支)店名		
	口座番号		
	口座名義人		
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)

死亡した者	受給対象確認通知番号			-				
	フリガナ							
	氏名							
	死亡の際の住所							
	死亡年月日							

- ※ 振込口座については、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。  
 ※ 振込口座については、必ず申請者名義の口座としてください。  
 ※ 申請者は、死亡した事業対象者の相続人であることを証明できる書類を添付してください。

上記のとおり、死亡者\_\_\_\_\_に対する平成(西暦)\_\_\_\_\_年度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。

万が一、受領後、当該保健医療助成費に関して争議が生じた場合、〇〇知事(市長)に責任を問わないことはもちろん、私が一切の責任を負うことを誓います。

平成(西暦) 年 月 日

申請者氏名

Ⓜ  
(又はサイン)

〇〇知事(市長) 様

(日本工業規格A列4番)



## 確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

平成（西暦） 年 月 日

〇〇知事（市長）様

（変更後）住 所

（変更後）氏 名

㊟

（又はサイン）

下記のとおり変更しましたので、受給対象確認通知書の写しを添えて届け出ます。

受給対象確認通知番号				—					
氏 名 変 更	フリガナ								
	変更前の氏名								
	フリガナ								
	変更後の氏名								
住 所 変 更	変更前の住所								
	変更後の住所								
電 話 番 号 変 更	変更前の電話番号	（国番号から記入すること）							
	変更後の電話番号	（国番号から記入すること）							
変 更 年 月 日		平成（西暦）		年		月		日	

※ 変更の内容が確認できる書類及び本人であることを証明できる書類を添付してください。

（日本工業規格A列4番）

## 提出書類チェックリスト

※ 書類を提出する前に、必要な書類が揃っているか確認してください。

チェック欄	提出書類
<input type="checkbox"/>	支給申請書（様式1）
<input type="checkbox"/>	年別支給申請内訳（様式2）
<input type="checkbox"/>	診療内容明細書（様式3～7） ※ 各年毎にまとめてください。
<input type="checkbox"/>	保険給付等の証明書 ※1 各年毎にまとめてください。 ※2 診療内容明細書に保険給付等の金額が記載されており、他に保険給付等の額がない場合は、提出不要です。
<input type="checkbox"/>	通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類
<input type="checkbox"/>	原爆症認定を受けている方は認定書の写し

（参考）

### 1. 各年ごとの上限額

（単位：円）

年	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
通常	32,500	130,000	130,000	130,000	145,000	153,000	161,000	171,000	176,000	179,000
特別（入院4日以上）	35,500	142,000	142,000	142,000	157,000	165,000	172,000	183,000	187,000	191,000

### 2. 原爆症認定疾病について

原子爆弾による放射線が原因となって起こった病気やケガについて、厚生労働大臣の認定を受けることができます。主な原爆症認定疾病は、①悪性腫瘍、②白血病、③副甲状腺機能亢進症などがあります。