

医疗费等的申请指南

2017年11月
厚生劳动省
广岛县

自2016年1月起，根据原子弹受害者援护法（以下简称为“法律”），也可以向居住在日本以外的人支付在居住国所负担的医疗费自己负担部分。

由此，可以同时进行以往保健医疗助成费的申请和基于法律的医疗费申请，以下分别介绍其申请方法。

1. 通过发票等的简便申请 (保健医疗助成费的申请)

通过发票等进行的简易手续每年支付上限额度*为30万日元，能够接受保健医疗补助费的支付。

※ 根据各居住国货币单位换算的支付上限额度如第2页所示。关于2017年1月至12月全年的支付医疗费，可按照《保健医疗补助费的支付上限额度》表中所示范围，进行保健医疗补助费的申请。

※ 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。)

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

(2017年1月至12月全年支付医疗费等)

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	39,063 ARS
澳大利亚联邦	澳元	3,427 AUD
多民族玻利维亚国	玻利维亚诺	17,493 BOB
巴西联邦共和国	雷亚尔	7,966 BRL
柬埔寨王国	瑞尔	10,830,325 KHR
加拿大	加元	3,520 CAD
中华人民共和国	人民币	18,171 CNY
欧洲联盟	欧元	2,495 EUR
香港	港元	20,325 HKD
印度尼西亚共和国	印尼盾	31,578,947 IDR
马来西亚	林吉特	11,198 MYR
墨西哥合众国	墨西哥比索	43,103 MXN
摩洛哥王国	摩洛哥迪拉姆	25,554 MAD
新西兰	纽元	3,722 NZD
秘鲁共和国	索尔	8,251 PEN
菲律宾共和国	菲律宾比索	127,119 PHP
委内瑞拉玻利瓦尔共和国	博利瓦尔·富尔特	27,003 VEF
沙特阿拉伯王国	沙特里亚尔	9,839 SAR
新加坡共和国	新加坡元	3,724 SGD
瑞典王国	瑞典克朗	23,364 SEK
瑞士联邦	瑞士法郎	2,677 CHF
台湾	台币	79,156 TWD
泰国	铢	90,361 THB
英国	英镑	2,089 GBP
美利坚合众国	美元	2,670 USD
乌拉圭东方共和国	乌拉圭比索	77,121 UYU
越南社会主义共和国	盾	57,692,308 VND

※以上金额根据2017年4月汇率换算

※如有不明之处，请咨询日本公众卫生协会。

(1) 对象人

- 在居住国自己负担了医疗费的人
- 对象人死亡的，由其遗属代替对象人

(2) 对象医疗费等

就以下费用，支付年间上限 30 万日元。

- 2017 年 1 月至 12 月的 1 年间所支付的
 - 自己负担的医疗费
 - 体检费用

(3) 有关基于法律的医疗费申请

就自己负担的医疗费中超过 30 万日元的部分，可以按照第 5 页的介绍，进行基于法律的医疗费申请。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。

(4) 其他

申请书最终提交期限为 2018 年 1 月 31 日（周三），请勿遗忘，敬请注意。

最终提交期限之前，如未达到 30 万日元支付上限额度，可进行多次申请。

对于所接受的申请，将依次进行审查。审查需要时间，因此从申请至汇款需要一定时间，敬请谅解。

(5) 申请手续

请参照蓝色的资料。

2. 超过 30 万日元时等的申请 (基于法律的医疗费申请)

根据相关法律，超过 30 万日元的自行承担部分可以进行申请。

(1) 对象人

- 自己负担了超过保健医疗助成费上限额（30 万日元）的人
- 对象人死亡的，由其遗属代替对象人

(2) 对象医疗费等

自己负担的医疗费

※ 但是，以下的医疗费无法作为支付对象。

- ① 住院时的差额室费及证明书发行手续费等，日本公共医疗保险中不承认是诊断治疗行为的部分
- ② 种植牙及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 已经在保健医疗助成事业中接受补助的部分 等

【日本公共医疗保险中不作为对象的主要部分】

- 不作为诊断治疗行为的部分
 - 住院时的差额室费
 - 病号服、尿布费
 - 资料费、证明书发行手续费
- 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
 - 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
 - 眼镜及助听器
 - 预防接种
 - 先进医疗 等

(3) 其他

- 即使基于法律的申请超过了 30 万日元的上限，也可以进行申请，但是需要提交可以了解疾病名称和治疗内容的医生诊断书等资料，手续会繁琐。另外，由于计算在日本进行同样治疗所需要的费用，所以审查需要一定的时间。

因此，在根据相关法律进行申请的情况下，和使用发票等进行的简便申请相比，所需的支付时间更长。敬请谅解。

对于 30 万日元以下的自行负担金额，可采用第 1 页所示的使用发票等进行简便申请的方式，敬请判断选择。

- 就以下期间，如果提交所需资料进行基于法律的申请，有可能在审查之后支付医疗费。
 - 2004 年以后的、没有接受保健医疗补助支付的期间
 - 自取得原子弹受害者健康手册起直 2003 年的期间

(4) 申请手续

请参阅粉色的资料。

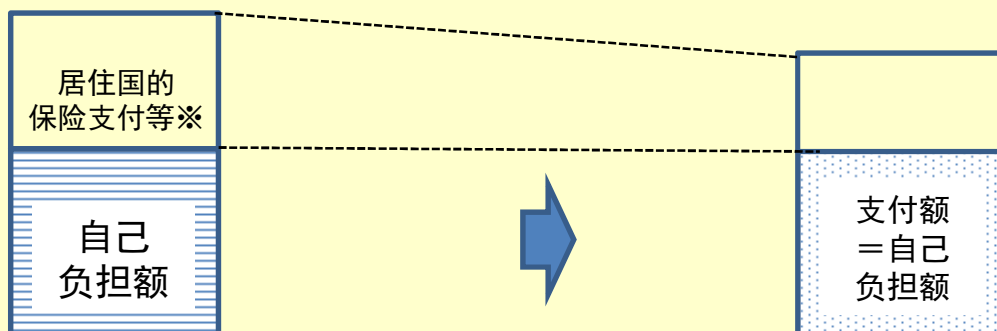
【计算方法】

①居住国的医疗内容接近日本的医疗内容，计算后的金额高于自己负担额时

⇒ **支付自己负担额**

※即使换算成日本的诊疗报酬，由于该金额超过自己负担额，所以支付与自己负担额相同的金额。

(居住国的医疗费) (换算为日本的诊疗报酬)

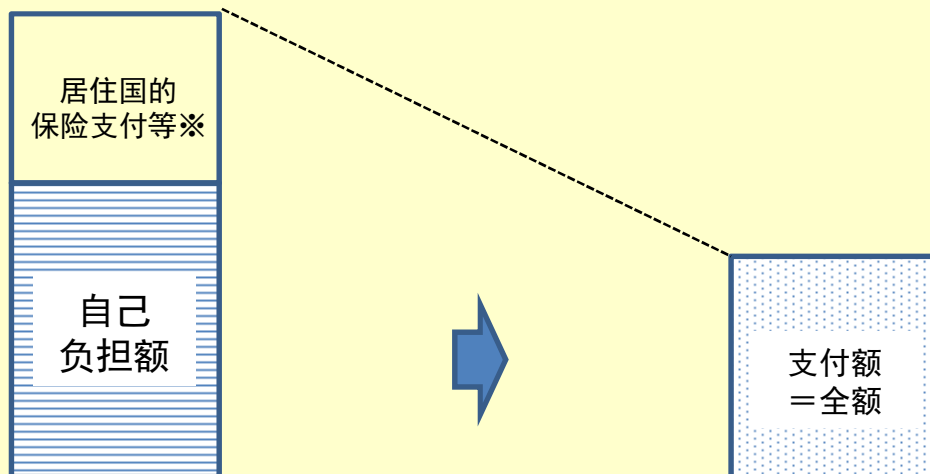


②居住国的医疗内容的金额超过日本的医疗内容时

⇒ **全额支付换算为日本的诊疗报酬的金额**

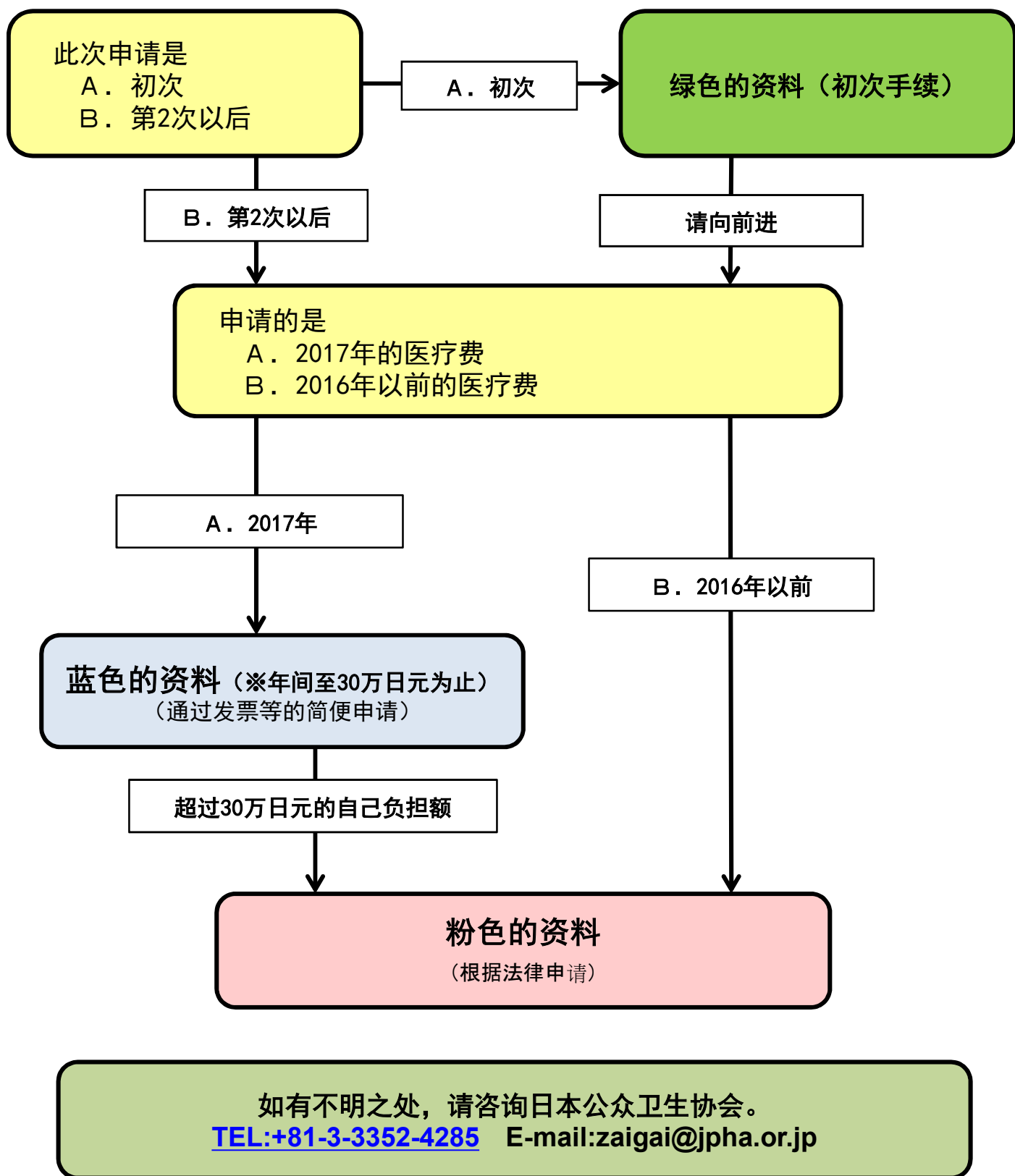
※但是，自己负担额超过支付额

(居住国的医疗费) (换算为日本的诊疗报酬)



※包括公共保险支付、民间保险支付、及其他针对该医疗的支付。

【申请资料的选择方法 ~请确认此流程图~】



※如使用桃色的资料进行申请, 即使不超过30万日元的支付上限额度也可申请, 但手续较为复杂。

通过发票等的简便申请手续 (保健医疗助成事业的申请手续)

◆提交资料

请就作为对象的医疗费等提交以下资料。在提交时，请利用第3页的核查清单，确认确实已备齐所需资料。

1. 支給申请书（第4页，格式第1号）
2. 支給申请细目（第5页，格式第1号之2）
3. 能够证明自己负担额的发票等资料
4. 本人确认资料
5. 领取对象确认通知书、原子弹受害者健康手册及原子弹受害时状况认证中任意一个的复印件
6. 能够确认汇款账户的资料
7. 就诊医疗机构清单（第7页，格式第2号）

符合以下情况的人除1~7的资料之外，还请提交以下资料。

(在住址等申报事项发生变更时)

8. 确认内容变更申报书（第8页，格式第3号）

(在申请遗属死亡的原子弹受害者的医疗费等时)

9. 支給申请书（死亡后申请用）（第9页，格式第4号）
※ 请提交9.以取代1.。
10. 死亡申报书（第10页，格式第5号）
11. 能够证明家属关系的资料

◆ 申请书的提交时期等

申请书最终提交期限为 2018 年 1 月 31 日（周三），请勿遗忘，敬请注意。

最终提交期限之前，如未达到 30 万日元支付上限额度，可进行多次申请。

对于所接受的申请，将依次进行审查。审查需要时间，因此从申请至汇款需要一定时间，敬请谅解。

【提交机构】

〒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
在外原子彈受害者保健医療助成事業
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



〒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
在外原子彈受害者保健医療助成事業
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



〒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
在外原子彈受害者保健医療助成事業
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



〒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
在外原子彈受害者保健医療助成事業
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。

提交资料核查清单 (通过发票等的简便支付的申请手续用)

※ 请在提交资料之前，利用本核查清单，确认确实已备齐所需资料。

核查框	编号	提交资料
<input type="checkbox"/>	1	支給申请书（格式第1号）
<input type="checkbox"/>	2	支給申请细目（格式第1号之2）
<input type="checkbox"/>	3	<p>能够确认自己负担额的发票等资料</p> <p>※1 所提交的发票中必须记载以下4点事项，敬请注意。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所支付金额 ・ 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。 ・ 医疗机构的名称、所在地、电话号码 ・ 支付年月日 <p>※2 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</p>
<input type="checkbox"/>	4	<p>本人确认资料（申请日之前一个月内发行的）（户籍誊本・抄本、公证人开具的证明书（Notary public）、在留许可证、居住证明书等）</p> <p>※ 在提交支給申请书时，<u>领取了健康管理补贴、保健补贴、医疗特别补贴或特别补贴的人不需要提交。</u></p>
<input type="checkbox"/>	5	领取对象确认通知书、原子弹受害者健康手册及原子弹受害时状况确认证中任意一个的复印件
<input type="checkbox"/>	6	能够确认汇款账户的资料（存折复印件或支票等）
<input type="checkbox"/>	7	就诊医疗机构清单（格式第2号）

请根据需要，提交以下资料。

<input type="checkbox"/>	8	<p>确认内容变更申报书（格式第3号）</p> <p>※ 请仅在住址等发生变更时提交。</p>
<input type="checkbox"/>	9	<p>支給申请书（死亡后申请用）（格式第4号）</p> <p>※ 请提交9.以取代1.。</p>
<input type="checkbox"/>	10	死亡申报书（格式第5号）
<input type="checkbox"/>	11	<p>能够证明家属关系的资料</p> <p>※ 9~11的资料请仅在申请遗属死亡的原子弹受害者的医疗费时提交。</p>

※ 初次申请者请参看绿色的指南，还请提交初次登记所需资料。

格式第 1 号

支給申请书（医疗费）

领取对象确认通知编号				-				
读音		公历				性别		
姓名		大正 年 月 日生				男·女		
		昭和						
居住国家								
地址								
电话号码	(请从国家号开始填写)							
传真/e-mail								
汇款账户	金融机关名称							
	总（支）行名称							
	总（支）行地址							
	账户号码							
	账户持有人							
申请时有无领取补贴	有 · 无							
申请金额	当地货币							(单位)

- * 请附上银行存折复印件等能够确认汇款账户的材料。
- * 必须使用申请者本人持有的账户。
- * 申请时已在领取健康管理补贴、保健补贴、医疗特别补贴或特别补贴者，请在“有”处画○。

如上所述，附上有关材料，申请领取 2017 年度保健医疗补助费。

平成（或公历） 年 月 日

申请者姓名

印章或签名

(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 1 号之 2

支給申请明细（医疗费）

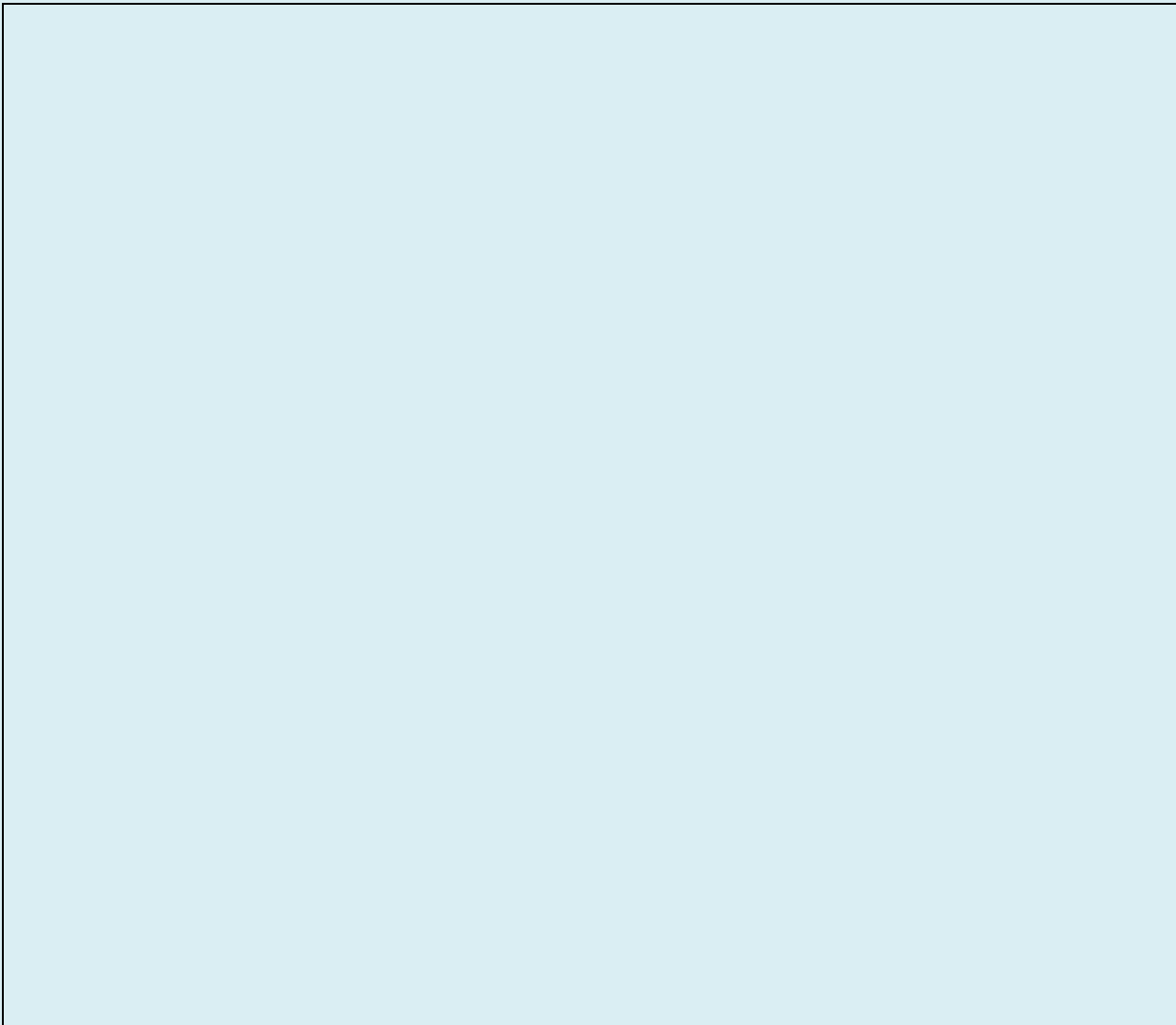
	金额	摘要（有入院时，填写该医院的名称）
1 月		
2 月		
3 月		
4 月		
5 月		
6 月		
7 月		
8 月		
9 月		
10 月		
11 月		
12 月		
合计		

（注 1）请把和各月支付金额有关的发票按月份分开，贴在第 6 页所述发票用纸（格式第 1 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 1 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) 医疗机关的名称、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 2 号

确认内容变更申报书（预定就诊的医疗机构变更）

平成（或公历） 年 月 日

广岛县知事 先生

居住国家_____

地 址_____

读 音

姓 名_____

电话号码（请从国家号开始填写）

医疗机构名称	医疗机构地址	电话号码 (请从国家号开始填写)

格式第 3 号

确认内容变更申报书（姓名、地址、电话号码变更）

平成（或公历） 年 月 日

广岛县知事 先生

（变更后）地 址 _____

（变更后）姓 名 _____ 印章或签名

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	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）						
变更年月日	平成（或公历） 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。

支給申请书（医疗费）（死亡后申请用）

1. 请填写进行申请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					性别	
姓名		大正 年 月 日生					男·女	
		昭和						
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)		
传真/e-mail			
汇款账户	金融机关名称		
	总(支)行名称		
	总(支)行地址		
	账户号码		
	账户持有人		
申请金额	当地货币	(单位)	

* 请附上银行存折复印件等能够确认汇款账户的材料。

* 必须使用申请者本人持有的账户。

* 申请者, 请添加能证明死亡的原子弹爆炸受害者的继承人的文件。

如上所述, 附上相关资料, 申请领取死亡者_____2017 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。

平成(或公历) 年 月 日

申请者姓名

印章或签名

广岛县知事 先生

死亡申报书

平成（或公历） 年 月 日

广岛县知事 先生

添上关系文件申报下列的大街死亡的申报。

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								
死亡年月日									

- ※ 请附上能够确认死亡年月日的资料。
- ※ 请归还领取对象确认通知书。

超过 30 万日元等时的申请手续 (基于法律的申请手续)

◆提交资料

请就作为对象的医疗费提交以下资料。在提交时，请利用第 3 页的核查清单，确认确实已备齐所需资料。

1. 支给申请书（第 4 页，格式第 1 号）
2. 能够证明自己负担额的发票等资料
3. 能够了解治疗内容、疾病名称等的医生诊断书等资料
4. 本人确认资料
5. 原子弹受害者健康手册的复印件
6. 能够确认汇款账户的资料

符合以下情况的人除 1~6 的资料以外，还请提交以下资料。

(领取了医疗特别补贴时)

7. 认定书的复印件

(在住址等申报事项发生变更时)

8. 确认内容变更申报书（第 5 页，格式第 2 号）

(在申请遗属死亡的原子弹受害者的医疗费时)

9. 支给申请书（死亡后申请用）（第 6 页，格式第 3 号）

※ 请提交 9. 以取代 1.。

10. 死亡申报书（第 7 页，格式第 4 号）

11. 能够证明家属关系的资料

※ 与以往相同，为了日本公众卫生协会能够汇款，需要将医疗费的领取委任给日本公众卫生协会。在委任领取时，请在申请书的相应栏目中选择“委任”。

◆ 申请书的提交时期等

从提交的申请书开始，按照顺序进行审查和支付。

在支付后 5 年以内，随时可以进行申请。

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，请事先谅解。

【提交机构】

〒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
在外原子彈受害者保健医療助成事業
担当者 收

電話番号 +81-3-3352-4285

传真号码 +81-3-3352-4605

电子邮件 zaigai@jpha.or.jp



〒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
在外原子彈受害者保健医療助成事業
担当者 收

電話番号 +81-3-3352-4285

传真号码 +81-3-3352-4605

电子邮件 zaigai@jpha.or.jp



〒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
在外原子彈受害者保健医療助成事業
担当者 收

電話番号 +81-3-3352-4285

传真号码 +81-3-3352-4605

电子邮件 zaigai@jpha.or.jp



〒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
在外原子彈受害者保健医療助成事業
担当者 收

電話番号 +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。

提交资料核查清单

(超过 30 万日元时等的申请手续用)

※ 请在提交资料之前，利用本核查清单，确认确实已备齐所需资料。

核查框	编号	提交资料
<input type="checkbox"/>	1	支給申请书（格式第 1 号）
<input type="checkbox"/>	2	能够确认自己负担额的发票等资料 ※ 1 所提交的发票中必须记载以下 4 点事项，敬请注意。 ・ 所支付金额 ・ 接收治疗者的姓名（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。 ・ 医疗机构的名称、所在地、电话号码 ・ 支付年月日 ※ 2 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
<input type="checkbox"/>	3	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"/>	4	本人确认资料（申请日之前一个月内发行的）（户籍誊本・抄本、公证人开具的证明书（Notary public）、在留许可证、居住证明书等） ※ 在提交支給申请书时， <u>领取了健康管理补贴、保健补贴、医疗特别补贴或特别补贴的人不需要提交。</u>
<input type="checkbox"/>	5	原子弹受害者健康手册的复印件
<input type="checkbox"/>	6	能够确认汇款账户的资料（存折复印件或支票等）

请根据需要，提交以下资料。

<input type="checkbox"/>	7	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"/>	8	确认内容变更申报书（格式第 2 号） ※ 请仅在住址等发生变更时提交。
<input type="checkbox"/>	9	支給申请书（死亡后申请用）（格式第 3 号） ※ 请提交 9. 以取代 1.。
<input type="checkbox"/>	10	死亡申报书（格式第 4 号）
<input type="checkbox"/>	11	能够证明家属关系的资料 ※ 9~11 的资料请仅在申请遗属死亡的原子弹受害者的医疗费时提交。

※初次申请者请参看绿色的指南，还请提交初次登记所需资料。

格式第 1 号

医疗费·一般疾病医疗费支给申请书（超过 30 万日元时）

领取对象确认通知编号				-				
读音		公历				性别		
姓名		大正 年 月 日生				男·女		
		昭和						
居住国家								
地址								
电话号码	（请从国家号开始填写）							
传真/e-mail								
汇款账户	金融机关名称							
	总（支）行名称							
	总（支）行地址							
	账户号码							
	账户持有人							
将医疗费（一般疾病医疗费）的领取向日本公众卫生协会	委任 · 不委任							
申请时有无获得原子弹后遗症认定	有 · 无							
申请时有无领取补贴	有 · 无							
申请金额	当地货币						(单位)	

* 请附上银行存折复印件等能够确认汇款账户的材料。

* 必须使用申请者本人持有的账户。

* 申请时已在领取健康管理补贴、保健补贴、医疗特别补贴、或特别补贴者请，请在“有”处画○。

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）支付。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）。

平成（或公历） 年 月 日

申请者姓名

印章或签名

(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 2 号

确认内容变更申报书（姓名、地址、电话号码变更）

平成（或公历） 年 月 日

广岛县知事 先生

（变更后）地 址 _____

（变更后）姓 名 _____ 印章或签名 _____

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	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）						
变更年月日	平成（或公历） 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。

医疗费·一般疾病医疗费支給申请书(超过 30 万日元时)(死亡后申请用)

1. 请填写进行申请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					性别	
姓名		大正 年 月 日生					男·女	
地址								昭和

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)		
传真/e-mail			
汇款账户	金融机关名称		
	总(支)行名称		
	总(支)行地址		
	账户号码		
	账户持有人		
将医疗费(一般疾病医疗费)的领取向日本公众卫生协会	委任 · 不委任		
申请金额	当地货币	(单位)	

* 请附上银行存折复印件等能够确认汇款账户的材料。

* 必须使用申请者本人持有的账户。

* 申请者, 请添加能证明死亡的原子弹爆炸受害者的继承人的文件。

如上所述, 附上相关资料, 申请领取死亡者

2017 年保健医疗补助费。

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

平成(或公历) 年 月 日

申请者姓名

印章或签名

广岛县知事 先生

死亡申报书

平成（或公历） 年 月 日

广岛县知事 先生

添上关系文件申报下列的大街死亡的申报。

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								
	死亡年月日								

- ※ 请附上能够确认死亡年月日的资料。
- ※ 请归还领取对象确认通知书。

有关初次申请时的手续

◆必要的提交资料

请初次申请者提交以下资料。

- 领取对象确认申请书

◆申请书的提交时期等

请与医疗费支付申请书一同装入信封，寄至以下地址。最晚必须于 2018 年 1 月 31 日（周三）到达，敬请注意。

【提交机构】〒160-0022

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助成事业担当者 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

* 首次申请者请务必提交。已行登记者无需提交。

确认领取对象申请书

读音		公历	性别
姓名		大正 年 月 日生 昭和	男·女
居住国家			
读音			
地址			
电话号码	(请从国家号开始填写)		
传真/e-mail			
类别	<input type="checkbox"/> 原子弹受害者健康手册 <input type="checkbox"/> 原子弹受害时状况确认证明书 (或原子弹受害确认证明书) * 请选择一个在 () 里記入符号○。		
发行的都道府县·市		/	
公费负担医疗领取者编号			-
原子弹受害时状况确认证明书 (或原子弹受害确认证明书) 编号			

如上述所记，附上有关材料，提出保健医疗补助费、医疗费或一般疾病医疗费领取对象的确认申请。

平成 (或公历) 年 月 日

申请者姓名
印章或签名

*务必填写我们能联系到的代理人的地址·电话号码。

(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