

①

2009年版

厚生労働省  
長崎市長

## 在外被爆者保健医療助成事業の手続きについて

＊ このお知らせは、大韓民国、ブラジル、アルゼンチン、パラグアイ、ポリビア、ペルー、アメリカ、カナダ、メキシコ以外の国及び地域にお住まいの方々へのものです。

2009年分の助成費の申請書の受付を開始しますので、受給対象確認通知書をお持ちの方は次により申請手続きを行ってください。

1. 次の(1)～(6)までの書類を提出してください。

### (1) 支給申請書

4～6ページに必要事項を記入してください。

※ 以前提出していただいた「受診予定医療機関リスト」の記載事項に変更・追加がある場合は、7ページの確認内容変更届を提出してください。

### (2) 本人であることを証明できる申請日前1か月以内に発行された公的機関の証明書

例) 戸籍謄本・抄本、公証人(Notary Public)による証明書、在留許可証、居住証明書等のいずれか1点

※ ただし、『支給申請書』を提出される時点で、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、証明書を提出する必要はありません。

(3) 受給対象確認通知書

被爆者健康手帳

被爆時状況確認証（被爆確認証）

いずれかの写し

※ 氏名・住所・電話番号が変わった場合は、8ページの確認内容変更届を提出してください。

(4) 通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類

(5) 医療機関からの領収書

(6) 連続して4日間以上入院した場合は、そのことが証明できる書類

(注) 上記(5)の医療機関からの領収書には、次の4点の記載があることが必要です。

① 支払った金額

② 支払った者の氏名（申請者本人の氏名と同一であること）

③ 医療機関の名称、所在地、電話番号

④ 支払い年月日

※ 領収書には、支払った金額がわかるよう、必ず該当部分に下線を引いてください。また、申請者本人以外の医療費等が含まれた領収書の場合も同様に、本人分がわかるようにしてください。

※ 領収書については、必ず原本を提出してください。（やむを得ない事情がある場合については写しでも構いません）

2. 「2009年分の助成費」は、2009年1月から12月までの間に支払った医療費が対象になり、その年間助成限度額は、15万3千円（連続して4日間以上入院した場合は、16万5千円）となります。

3. 「1. (1) ~ (6)」の書類を、

**2010年1月29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、医療費の支払額が、年間助成限度額の  
15万3千円(連続して4日間以上入院した場合、  
16万5千円)を超えた場合は、その時点で郵送して  
いただいても結構です。

助成費の振り込み処理は、2010年3月までに行  
います。

4. なお、書類を郵送する前に、9ページのチェックリス  
トで申請に必要な書類がそろっているかどうかを確認し  
てください。

このお知らせについてのお問い合わせ先

財団法人 日本公衆衛生協会

志村 (Shimura), 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)

【宛先】

〒160-0022

東京都新宿区新宿1丁目29-8

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

支給申請書

|                   |                 |                 |   |   |    |     |  |  |
|-------------------|-----------------|-----------------|---|---|----|-----|--|--|
| 受給対象確認通知番号        |                 |                 |   | - |    |     |  |  |
| フリガナ              |                 | 西暦              | 年 | 月 | 日生 | 性別  |  |  |
| 氏名                |                 | 大正              |   |   |    | 男・女 |  |  |
|                   |                 | 昭和              |   |   |    |     |  |  |
| 居住国               |                 |                 |   |   |    |     |  |  |
| 住所                |                 |                 |   |   |    |     |  |  |
| 電話番号              | (国番号から記載すること)   |                 |   |   |    |     |  |  |
| 振込口座              | 金融機関名           |                 |   |   |    |     |  |  |
|                   | 本(支)店名<br>(※1)  |                 |   |   |    |     |  |  |
|                   | 本(支)店住所<br>(※2) |                 |   |   |    |     |  |  |
|                   | 口座番号<br>(※3)    |                 |   |   |    |     |  |  |
|                   | 口座名義人<br>(※4)   |                 |   |   |    |     |  |  |
| 連続4日間以上の入院の有無(※5) | 有 ・ 無           |                 |   |   |    |     |  |  |
| 入院の期間(※6)         | 月 日 ~ 月 日       |                 |   |   |    |     |  |  |
| 申請時点での手当受給の有無(※7) | 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 連続して4日間以上入院した場合は、「有」に○をし、連続して4日間以上入院したことが証明できる書類を添付してください。
- ※6 連続して4日間以上入院した場合は、その期間を記入してください。
- ※7 この申請の時点で、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、2009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)

長崎市長 様

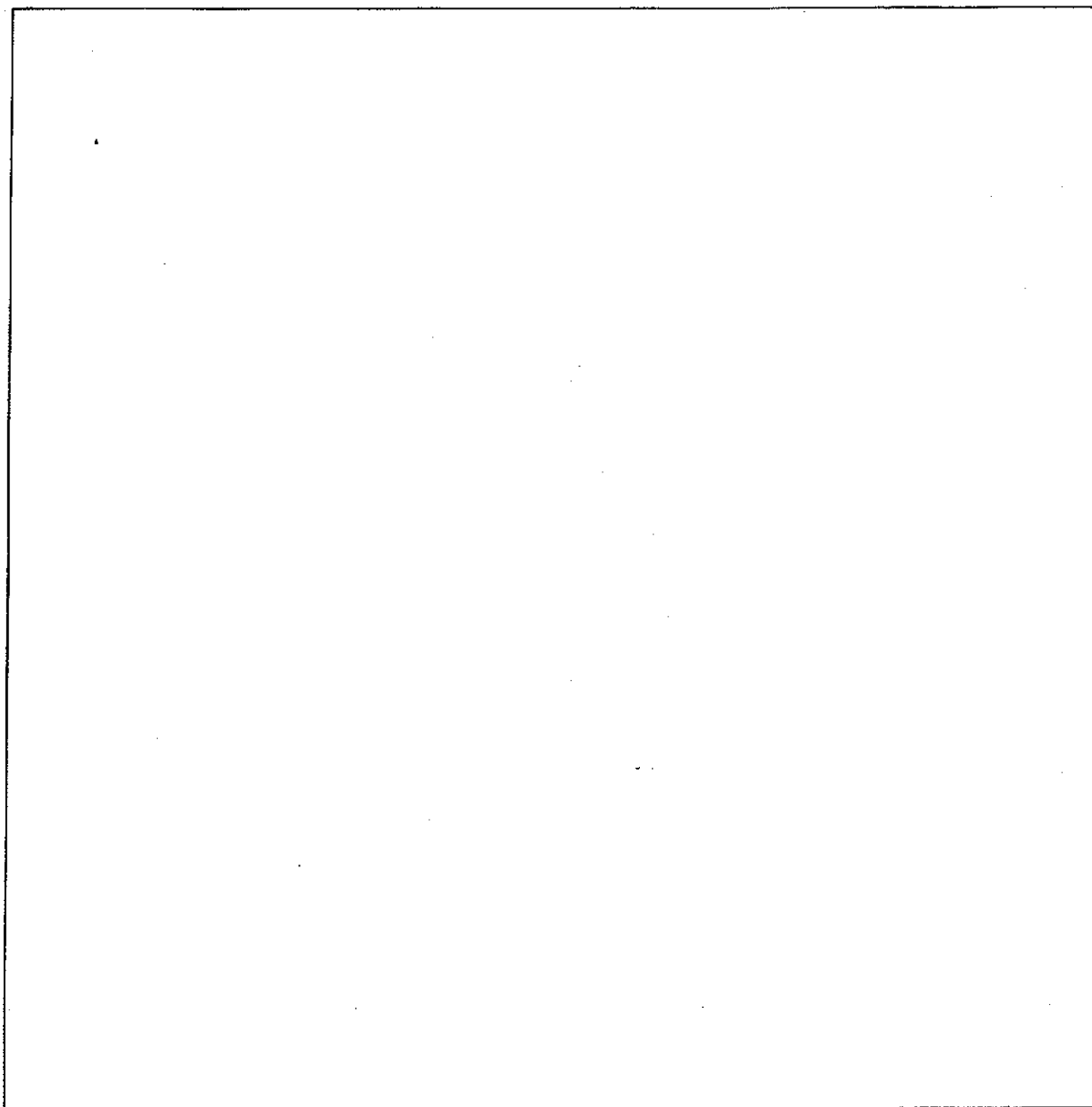
支給申請内訳

|     | 金額 | 摘要（入院があった場合、病院名を記載） |
|-----|----|---------------------|
| 1月  |    |                     |
| 2月  |    |                     |
| 3月  |    |                     |
| 4月  |    |                     |
| 5月  |    |                     |
| 6月  |    |                     |
| 7月  |    |                     |
| 8月  |    |                     |
| 9月  |    |                     |
| 10月 |    |                     |
| 11月 |    |                     |
| 12月 |    |                     |
| 合計  |    |                     |

(注1) 各月の支出額に係る領収書については、月毎に6ページの領収書頒布台紙に貼って提出してください。

(注2) 金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

( ) 月分領収書頒布台紙



(注1) 領収書は、次の4点の記載があるものでなければなりません。

- ① 支払った金額
- ② 支払った者の氏名(申請者本人の氏名と同一であること)
- ③ 医療機関の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

(注2) 領収書については、返却できませんのでご留意願います。

(注3) この様式は、適宜コピーし、月毎に1枚ずつご用意ください。何月分のものであるかを明記していれば、この様式でなくてもかまいません。

確認内容変更届（受診予定医療機関変更）

平成（西暦） 年 月 日

長崎市長 様

住 所

氏 名

電話番号（ ） -

| 医療機関名 | 医療機関の所在地 | 電話番号 |
|-------|----------|------|
|       |          |      |
|       |          |      |
|       |          |      |
|       |          |      |

## 確認内容変更届（氏名・住所・電話番号変更）

平成（西暦） 年 月 日

長崎市長 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<br>名<br>変<br>更           | フリガナ     |               |  |  |  |  |  |
|                            | 変更前の氏名   |               |  |  |  |  |  |
|                            | フリガナ     |               |  |  |  |  |  |
|                            | 変更後の氏名   |               |  |  |  |  |  |
| 住<br>所<br>変<br>更           | 変更前の住所   |               |  |  |  |  |  |
|                            | 変更後の住所   |               |  |  |  |  |  |
| 電<br>話<br>番<br>号<br>変<br>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。

## 提出書類チェックリスト

※ 書類を提出する前に、このチェックリストで必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

| チェック欄                    | 提 出 書 類   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 支給申請書<br>(4ページ)   |
| <input type="checkbox"/> | 支給申請内訳<br>(5ページ)  |
| <input type="checkbox"/> | 本人であることを証明できる申請日前1か月以内に発行された公的機関の証明書(戸籍謄本・抄本、公証人(Notary Public)による証明書、在留許可証、居住証明書等)<br>※ 支給申請書を提出される時点で、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、必要ありません。 |
| <input type="checkbox"/> | 受給対象確認通知書、被爆者健康手帳、被爆時状況確認証(被爆確認証)のいずれかの写し   |
| <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"/> | 医療機関からの領収書(6ページの領収書頒布台紙に貼り付けたもの)<br>※1 領収書には、支払った金額がわかるよう、必ず該当部分に下線を引いてください。<br>※2 本人以外の医療費等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるようにしてください。                                    |
| <input type="checkbox"/> | 連続して4日間以上入院したことが証明できる書類(連続して4日間以上入院した場合のみ)  |
| <input type="checkbox"/> | 確認内容変更届(受診予定医療機関(7ページ)、ご住所等(8ページ)を変更された場合のみ)  |

## 日本国外にお住まいの被爆者の方へ ～在外被爆者保健医療助成事業の手続きについて～

＊ このお知らせは、大韓民国、ブラジル、アルゼンチン、パラグアイ、ボリビア、ペルー、アメリカ、カナダ、メキシコ以外の国及び地域にお住まいの方々へのものです。

日本国外にお住まいで、被爆者健康手帳又は被爆時状況確認証（被爆確認証）の交付を受けている方は、医療費の助成を受けることができます。

助成の対象となるのは、2009年1月から12月までの間に支払った医療費で、その年間助成限度額は、15万3千円（連続して4日間以上入院した場合は、16万5千円）です。

（1）本事業の対象者として確認するため、まず、以下の書類をご提出ください。

- ① 受給対象確認申請書…3ページの様式です。
- ② 本人であることを証明できる申請日前1か月以内に発行された公的機関の証明書  
例）戸籍謄本・抄本、公証人（Notary Public）による証明書、在留許可証、居住証明書等のいずれか1点
- ③ 被爆者健康手帳（都道府県知事又は市長の印のあるページ）の写し又は被爆時状況確認証（被爆確認証）の写し
- ④ 受診予定医療機関リスト…4ページの様式です。

(2) 「(1) ①～④」の書類を、

2009年11月30日(月)までに必ず到着

するように、以下の宛先に郵送してください。本事業の対象者として確認のできた方には、受給対象確認通知書を郵送いたします。

(3) なお、書類を郵送する前に、5ページのチェックリストで申請に必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

このお知らせについてのお問い合わせ先

財団法人 日本公衆衛生協会

志村 (Shimura), 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

【宛 先】

〒160-0022

東京都新宿区新宿1丁目29-8

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

## 受給対象確認申請書

|                       |   |    |   |   |   |   |  |  |  |     |
|-----------------------|---|----|---|---|---|---|--|--|--|-----|
| フリガナ                  |   | 西暦 |   |   |   |   |  |  |  | 性別  |
| 氏名                    |   | 明治 | 年 | 月 | 日 | 生 |  |  |  | 男・女 |
| 居住国                   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |     |
| フリガナ                  |   |    |   |   |   |   |  |  |  |     |
| 住所                    |   |    |   |   |   |   |  |  |  |     |
| 電話番号                  | (国番号から記載のこと)  |    |   |   |   |   |  |  |  |     |
| 種別                    | <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 被爆時状況確認証 (又は被爆確認証)<br><small>※ いずれかに○を付けること</small> |    |   |   |   |   |  |  |  |     |
| 交付都道府県・市              |   |    |   |   |   |   |  |  |  |     |
| 被爆者健康手帳番号             |   |    |   |   |   |   |  |  |  | -   |
| 被爆時状況確認証 (又は被爆確認証) 番号 |   |    |   |   |   |   |  |  |  |     |

上記のとおり、保健医療助成費の受給対象者であることの確認を受けたく、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

④  
(又はサイン)

長崎市長 様

受診予定医療機関リスト

平成(西暦) 年 月 日

長崎市長 様

住 所

氏 名

電話番号 ( ) -

| 医療機関名 | 医療機関の所在地 | 電話番号 |
|-------|----------|------|
|       |          |      |
|       |          |      |
|       |          |      |
|       |          |      |

## 提出書類チェックリスト

※ 書類を提出する前に、このチェックリストで必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

| チェック欄                    | 提出書類  |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 受給対象確認申請書<br>(3ページ)   |
| <input type="checkbox"/> | 本人であることを証明できる申請日前1か月以内に発行された公的機関の証明書(戸籍謄本・抄本、公証人(Notary Public)による証明書、在留許可証、居住証明書等) |
| <input type="checkbox"/> | 被爆者健康手帳又は被爆時状況確認証(被爆確認証)の写し   |
| <input type="checkbox"/> | 受診予定医療機関リスト<br>(4ページ)   |

## 受給対象者として確認ができた方

- (1) 長崎市から「受給対象確認通知書」が届いた方で、  
2009年分の助成費の申請をする場合には、以下の書類を、

2010年1月29日(金)までに必ず到着するように財団法人日本公衆衛生協会に郵送してください。

- ① 支給申請書  
8～10ページの様式に必要事項を記入してください。
- ② 通帳の写しなど、振込口座を確認できる書類
- ③ 医療機関からの領収書
- ④ 連続して4日間以上入院した場合は、そのことが証明できる書類

(注) 上記③の医療機関からの領収書には、次の4点の記載があることが必要です。

- ① 支払った金額
- ② 支払った者の氏名(申請者本人の氏名と同一であること)
- ③ 医療機関の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

※ 領収書には、支払った金額がわかるよう、必ず該当部分の下線を引いてください。また、申請者本人以外の医療費等が含まれた領収書の場合も同様に、本人分がわかるようにしてください。

※ 領収書については、必ず原本を提出してください。(やむを得ない事情がある場合については写しでも構いません)

- (2) 「2009年分の助成費」は、2009年1月から12月までの間に支払った医療費が対象になり、その年間助成限度額は、15万3千円（連続して4日間以上入院した場合は、16万5千円）となります。

助成費の振り込み処理は、2010年3月までに行います。

- (3) なお、書類を郵送する前に、11ページのチェックリストで申請に必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

このお知らせについてのお問い合わせ先

財団法人 日本公衆衛生協会

志村 (Shimura), 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

【宛 先】

〒160-0022

東京都新宿区新宿1丁目29-8

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

支給申請書

|                   |                 |                 |   |   |    |     |  |  |
|-------------------|-----------------|-----------------|---|---|----|-----|--|--|
| 受給対象確認通知番号        |                 |                 |   | - |    |     |  |  |
| フリガナ              |                 | 西暦              | 年 | 月 | 日生 | 性別  |  |  |
| 氏名                |                 | 大正              |   |   |    | 男・女 |  |  |
|                   |                 | 昭和              |   |   |    |     |  |  |
| 居住国               |                 |                 |   |   |    |     |  |  |
| 住所                |                 |                 |   |   |    |     |  |  |
| 電話番号              | (国番号から記載すること)   |                 |   |   |    |     |  |  |
| 振込口座              | 金融機関名           |                 |   |   |    |     |  |  |
|                   | 本(支)店名<br>(※1)  |                 |   |   |    |     |  |  |
|                   | 本(支)店住所<br>(※2) |                 |   |   |    |     |  |  |
|                   | 口座番号<br>(※3)    |                 |   |   |    |     |  |  |
|                   | 口座名義人<br>(※4)   |                 |   |   |    |     |  |  |
| 連続4日間以上の入院の有無(※5) | 有               |                 | 無 |   |    |     |  |  |
| 入院の期間(※6)         | 月               | 日               | ～ | 月 | 日  |     |  |  |
| 申請時点での手当受給の有無(※7) | 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 連続して4日間以上入院した場合は、「有」に○をし、連続して4日間以上入院したことが証明できる書類を添付してください。
- ※6 連続して4日間以上入院した場合は、その期間を記入してください。
- ※7 この申請の時点で、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、2009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)

長崎市長 様

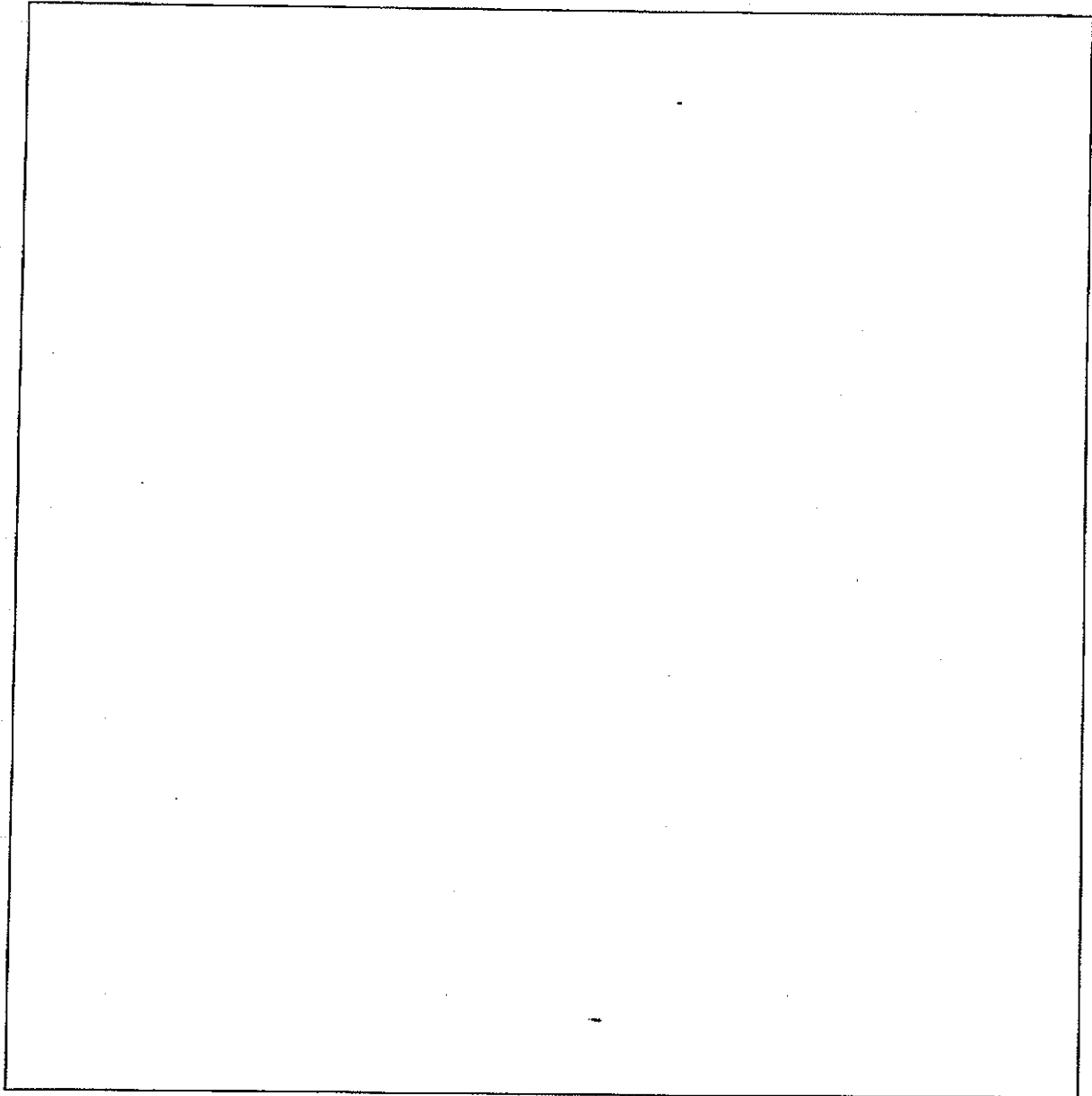
支給申請内訳

|     | 金額 | 摘要（入院があった場合、病院名を記載） |
|-----|----|---------------------|
| 1月  |    |                     |
| 2月  |    |                     |
| 3月  |    |                     |
| 4月  |    |                     |
| 5月  |    |                     |
| 6月  |    |                     |
| 7月  |    |                     |
| 8月  |    |                     |
| 9月  |    |                     |
| 10月 |    |                     |
| 11月 |    |                     |
| 12月 |    |                     |
| 合計  |    |                     |

(注1) 各月の支出額に係る領収書については、月毎に10ページの領収書頒布台紙に貼って提出してください。

(注2) 金額は、居住国の通貨単位で記載してください。

( ) 月分領収書頒布台紙



(注1) 領収書は、次の4点の記載があるものでなければなりません。

- ① 支払った金額
- ② 支払った者の氏名(申請者本人の氏名と同一であること)
- ③ 医療機関の名称、所在地、電話番号
- ④ 支払い年月日

(注2) 領収書については、返却できませんのでご留意願います。

(注3) この様式は、適宜コピーし、月毎に1枚ずつご用意ください。何月分のものであるかを明記していれば、この様式でなくてもかまいません。

## 提出書類チェックリスト

※ 書類を提出する前に、このチェックリストで必要な書類がそろっているかどうかを確認してください。

| チェック欄                    | 提 出 書 類   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 支給申請書<br>(8ページ)   |
| <input type="checkbox"/> | 支給申請内訳<br>(9ページ)  |
| <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"/> | <p>医療機関からの領収書 (10ページの領収書頒布台紙に貼り付けたもの)</p> <p>※1 領収書には、支払った金額がわかるよう、必ず該当部分に下線を引いてください。</p> <p>※2 本人以外の医療費等が含まれた領収書の場合は、本人分がわかるようにしてください。</p> |
| <input type="checkbox"/> | 連続して4日間以上入院したことが証明できる書類 (連続して4日間以上入院した場合のみ)   |