

## 平成七年厚生省令第三十三号

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成六年法律第百十七号）第七条、第八条、第十五条第四項、第二十条第二項、第二十六条第一項、第二十七条第一項、第二十八条第三項第一号、第三十条第一項、第三十一条、第三十三条第四項及び第五十二条並びに原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令（平成七年政令第二十六号）第五条の規定に基づき、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則を次のように定める。

### 目次

- 第一章 被爆者健康手帳（第一条一第八条）
- 第二章 健康診断（第九条一第十一条）
- 第三章 医療（第十二条一第二十八条）
- 第四章 手当等の支給
  - 第一節 医療特別手当（第二十九条一第四十三条）
  - 第二節 特別手当（第四十四条一第四十六条）
  - 第三節 原子爆弾小頭症手当（第四十七条一第五十条）
  - 第四節 健康管理手当（第五十一条一第五十四条）
  - 第五節 保健手当（第五十五条一第六十三条）
  - 第六節 介護手当及び葬祭料（第六十四条一第七十一条）
  - 第七節 特別葬祭給付金（第七十二条一第七十五条）
  - 第八節 雑則（第七十六条一第七十九条）

### 附則

#### 第一章 被爆者健康手帳

（手帳の交付の申請）

**第一条** 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成六年法律第百十七号。以下「法」という。）第二条第一項の規定により被爆者健康手帳の交付を申請しようとする者は、交付申請書（様式第一号）に、その者が法第一条各号のいずれかに該当する事実を認めることができる書類（当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書）を添えて、その居住地（居住地を有しないときは、その現在地とする。第四条、第七条第二項及び第四項、第七条の二第一項、第二十九条第三項、第三十四条（第四十六条、第五十条、第五十四条及び第六十三条において準用する場合を含む。）、第三十五条第三項（第四十六条、第五十条、第五十四条及び第六十三条において準用する場合を含む。）、第三十五条の三第二項（第四十六条、第五十条、第五十四条及び第六十三条において準用する場合を含む。）、第五十六条第四項並びに第七十一条第三項を除き、以下同じ。）の都道府県知事（広島市又は長崎市にあっては、当該市の長とする。第三章及び第七十九条を除き、以下同じ。）に提出しなければならない。

2 法第二条第二項の規定により被爆者健康手帳の交付を申請しようとする者は、交付申請書（様式第一号）に、その者が法第一条各号のいずれかに該当する事実を認めることができる書類（当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書）を添えて、都道府県知事に提出しなければならない。

（手帳の様式）

**第二条** 被爆者健康手帳は、様式第二号による。

（台帳の様式）

**第三条** 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令（平成七年政令第二十六号。以下「令」という。）第二条の被爆者健康手帳交付台帳は、様式第三号による。

（居住地の変更）

**第四条** 令第三条第一項、令第四条又は令第五条第一項の規定による届出をする被爆者は、居住地又は現在地の変更届書に、被爆者健康手帳を添えなければならない。

2 都道府県知事は、居住地又は現在地の変更の届出を受理したときは、被爆者健康手帳に居住地又は現在地を変更した旨その他の必要な事項を記載し、かつ、被爆者健康手帳交付台帳に必要な事項を記載した上、被爆者健康手帳を当該被爆者に返還するものとする。

3 令第三条第二項又は令第五条第二項本文の通知を受けた都道府県知事は、被爆者健康手帳交付台帳から、当該被爆者に関する記載事項を抹消するものとする。

#### 第五条及び第六条 削除

（氏名等の変更の届出）

**第七条** 国内に居住地を有する被爆者は、氏名を変更したとき、又は同一都道府県の区域内において居住地を変更したときは、被爆者健康手帳を添えて、居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

2 国内に居住地及び現在地を有しない被爆者（以下「非居住者」という。）は、氏名を変更したとき、又は国外において居住地を変更したときは、被爆者健康手帳の写しを添えて、令第四条の規定による届出を行った都道府県知事（当該非居住者が法第二条第二項の規定による申請に係る被爆者健康手帳の交付を受けた者であって、当該交付を受けた時以後、国内に居住地及び現在地を有しなかったものであるときは、当該交付を行った都道府県知事）にその旨を届け出なければならない。

3 都道府県知事は、第一項の規定による氏名又は居住地の変更の届出を受理したときは、被爆者健康手帳及び被爆者健康手帳交付台帳に記載した氏名又は居住地を訂正した上、被爆者健康手帳を当該被爆者に返還するものとする。

4 都道府県知事は、第二項の規定による氏名又は居住地の変更の届出を受理したときは、被爆者健康手帳交付台帳に記載した氏名又は居住地を訂正するものとする。

（手帳の再交付の申請）

**第七条の二** 被爆者は、被爆者健康手帳を破り、汚し、又は失ったときは、居住地（居住地を有しないときは、その現在地）の都道府県知事（非居住者については、国内に居住地及び現在地を有しなくなったとき前最後に国内に有した居住地（居住地を有しなかったときは、その現在地）の都道府県知事（当該非居住者が法第二条第二項の規定による申請に係る被爆者健康手帳の交付を受けた者であって、当該交付を受けた時以後、国内に居住地及び現在地を有しなかったものであるときは、当該交付を行った都道府県知事）。以下この条、次条、第四章第一節から第五節まで（第三十五条から第三十五条の三までを除く。）及び第七十一条第一項において同じ。）に再交付を申請することができる。

2 被爆者健康手帳を破り、又は汚した被爆者が前項の申請をする場合には、申請書に、その被爆者健康手帳を添えなければならない。

3 被爆者は、被爆者健康手帳の再交付を受けた後、失った被爆者健康手帳を発見したときは、速やかに、これを居住地の都道府県知事に返還しなければならない。

(手帳の返還)

**第八条** 被爆者が死亡したときは、戸籍法(昭和二十二年法律第二百二十四号)の規定による死亡の届出義務者は、死亡した者の居住地の都道府県知事に、被爆者健康手帳を返還しなければならない。

## 第二章 健康診断

(健康診断の種類及び方法)

**第九条** 法第七条に規定する健康診断は、都道府県知事が期日及び場所を指定して年二回行うもの及び被爆者の申請により、各被爆者につき年二回を限度として都道府県知事があらかじめ指定した場所において行うものの二種類とする。

- 2 前項の健康診断は、一般検査及び精密検査によって行うものとし、精密検査は、一般検査の結果更に精密な検査を必要とする者について行うものとする。
- 3 一般検査(次項に定めるものを除く。)においては、次に掲げる検査を行うものとする。ただし、第七号及び第八号に掲げる検査は、医師が必要と認める場合に限り行うものとする。
  - 一 視診、問診、聴診、打診及び触診による検査
  - 二 CRP検査
  - 三 血球数計算
  - 四 血色素検査
  - 五 尿検査
  - 六 血圧測定
  - 七 AST検査法、ALT検査法及びγ-GTP検査法による肝臓機能検査
  - 八 ヘモグロビンA1c検査
- 4 被爆者の申請により行う一般検査においては、各被爆者につき年一回を限度として、次に掲げる検査を行うものとする。
  - 一 胃がん検診のための問診及び次に掲げるいずれかの検査
    - イ 胃部エックス線検査
    - ロ 胃内視鏡検査
  - 二 肺がん検診のための問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診
  - 三 乳がん検診のための問診、視診、触診及び乳房エックス線検査
  - 四 子宮がん検診のための問診、視診、内診、子宮頸部及び子宮体部の細胞診並びにコルポスコブ検査
  - 五 大腸がん検診のための問診及び便潜血検査
  - 六 多発性骨髄腫検診のための問診及び血清蛋白分画検査
- 5 精密検査においては、次に掲げる検査のうちで必要と認められるものを行うものとする。
  - 一 骨髄造血像検査等の血液の検査
  - 二 肝臓機能検査等の内臓の検査
  - 三 関節機能検査等の運動器の検査
  - 四 眼底検査等の視器の検査
  - 五 胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査
  - 六 その他必要な検査

(手帳の提出)

**第十条** 被爆者は、健康診断を受けるに当たっては、被爆者健康手帳を提出しなければならない。

(健康診断に関する記録の保存期間及び記載事項)

**第十一条** 法第八条に規定する健康診断に関する記録の保存期間は、五年間とする。

- 2 健康診断に関する記録は、次に掲げる事項を記載するものとする。
  - 一 受診者の氏名、性別、生年月日及び居住地並びに被爆者健康手帳の番号
  - 二 法第一条各号のいずれかに該当した当時(以下「被爆時」という。)の事情
  - 三 被爆時又はその後における身体の状況
  - 四 検査の結果及びその所見
  - 五 実施の年月日
- 3 前項の記録は、様式第四号による。

## 第三章 医療

(認定の申請)

**第十二条** 令第八条第一項の申請書は、次に掲げる事項を記載した認定申請書(様式第五号)によらなければならない。

- 一 被爆者の氏名、性別、生年月日及び居住地並びに被爆者健康手帳の番号
- 二 負傷又は疾病の名称
- 三 被爆時の状況(入市の状況を含む。)
- 四 被爆直後の症状及びその後の健康状態の概要
- 五 医療の給付を受けようとする指定医療機関の名称及び所在地並びに当該指定医療機関が指定訪問看護事業者等(健康保険法(大正十一年法律第七十号)第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者(同法第八条第四項に規定する訪問看護を行う者に限る。))又は同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者(同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。))をいう。以下同じ。)であるときは当該指定に係る訪問看護ステーション等(指定訪問看護事業者等が当該指定に係る訪問看護事業、居宅サービス事業又は介護予防サービス事業を行う事業所をいう。以下同じ。)の名称及び所在地
- 2 令第八条第二項の申請書は、前項第一号から第四号までに掲げる事項を記載した認定申請書によらなければならない。
- 3 前二項の申請書には、当該申請書に記載された負傷又は疾病についての医師の意見書(第一項の申請書にあっては、様式第六号によるものに限る。)及び当該負傷又は疾病に係る検査成績を記載した書類を添えなければならない。

(医療給付の受給手続)

**第十三条** 被爆者は、医療の給付を受けようとするときは、指定医療機関に認定書及び被爆者健康手帳を提出しなければならない。ただし、緊急その他やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

(令第十一条の厚生労働省令で定める事項)

**第十四条** 令第十一条第一項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 病院若しくは診療所又は薬局の名称及び所在地
  - 二 開設者の住所及び氏名又は名称
  - 三 病院又は診療所にあつては、標ぼうしている診療科名
  - 四 病院又は診療所にあつては、担当しようとする診療科名
  - 五 病院又は診療所にあつては、前号に係る医療を主として担当する医師の氏名及び略歴
  - 六 病院又は診療所にあつては、第四号に係る医療を行うために必要な設備の概要
  - 七 診療所にあつては、患者を入院させる施設の有無及び有するときはその定員
  - 八 薬局にあつては、調剤のために必要な設備及び施設の概要
- 2 令第十一条第二項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。
- 一 指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地
  - 二 当該申請に係る訪問看護ステーション等の名称及び所在地
  - 三 当該訪問看護ステーション等において指定訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第八条第四項に規定する訪問看護に限る。）若しくは指定介護予防サービス（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

#### 第十五条 削除

（標示）

**第十六条** 指定医療機関は、当該医療機関の見やすい箇所に、指定医療機関である旨を標示しなければならない。この場合において、当該医療機関が指定訪問看護事業者等であるときは、当該指定に係る訪問看護ステーション等の見やすい箇所に標示しなければならない。

（令第十二条の厚生労働省令で定める事項）

**第十七条** 令第十二条の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

- 一 病院又は診療所にあつては第十四条第一項各号（第四号及び第八号を除く。）に掲げる事項又は被爆者の医療に関し担当する診療科名に、薬局にあつては同項第一号、第二号及び第八号に掲げる事項に、指定訪問看護事業者等にあつては同条第二項に掲げる事項に変更があったとき。
- 二 当該医療機関の業務の全部又は一部を休止し、又は再開したとき。
- 三 医療法（昭和三十二年法律第二百五号）第二十四条、第二十八条若しくは第二十九条、健康保険法第九十五条、介護保険法第七十七条第一項若しくは第百十五条の九第一項又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第七十二条第四項、第七十五条第一項若しくは第七十五条の二第一項に規定する処分を受けたとき。

#### 第十八条及び第十九条 削除

（診療報酬の請求）

**第二十条** 指定医療機関は、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和三十五年厚生省令第三十六号）又は訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成四年厚生省令第五号）の定めるところにより、当該指定医療機関が行った医療に係る診療報酬を請求するものとする。

#### 第二十一条 削除

（医療費の支給の申請）

**第二十二条** 法第十七条の規定により医療費の支給を受けようとする被爆者は、医療を受けた後、速やかに、様式第七号による支給申請書を、その者の居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

- 2 国外において医療を受けた非居住者であつて、法第十七条の規定により医療費の支給を受けようとするものは、前項の規定にかかわらず、当該医療を受けた後、速やかに、様式第七号による支給申請書を、次の各号に掲げる非居住者の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める都道府県知事に提出しなければならない。
  - 一 大韓民国に居住地を有する非居住者 長崎県知事
  - 二 前号に掲げる非居住者以外の非居住者 広島県知事
- 3 前二項の申請書には、当該医療に要した費用の額を証する書類及び当該医療の内容を記載した書類を添えなければならない。
- 4 第一項又は第二項の被爆者が、法第十一条第一項の規定による厚生労働大臣の認定を受けていない者であるときは、前項に規定する書類のほか、当該負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因することを認めることができる書類を添えなければならない。
- 5 都道府県知事は、前項に規定する者から申請があつたときは、当該負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因するかどうかについて厚生労働大臣の意見を聴くものとする。ただし、当該負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因すること又は起因しないことが明らかであるときは、この限りでない。

（被爆者一般疾病医療機関から医療を受ける場合の手続）

**第二十三条** 被爆者は、被爆者一般疾病医療機関から医療を受けようとするときは、当該被爆者一般疾病医療機関に被爆者健康手帳を提出しなければならない。ただし、緊急その他やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

（令第十五条の厚生労働省令で定める事項）

**第二十四条** 令第十五条の厚生労働省令で定める事項は、当該病院若しくは診療所若しくは薬局又は指定訪問看護事業者等の名称及び所在地並びに指定訪問看護事業者等にあつては当該申請に係る訪問看護ステーション等の名称及び所在地とする。

（準用）

**第二十五条** 第十六条及び第十七条の規定は、被爆者一般疾病医療機関について準用する。この場合において、第十七条中「令第十二条」とあるのは「令第十六条において読み替えて準用する令第十二条」と、同条第一号中「病院又は診療所にあつては第十四条第一項各号（第四号及び第八号を除く。）に掲げる事項又は被爆者の医療に関し担当する診療科名に、薬局にあつては同項第一号、第二号及び第八号に掲げる事項に、指定訪問看護事業者等にあつては同条第二項に掲げる事項」とあるのは「医療機関の名称若しくは所在地又は開設者の住所若しくは氏名若しくは名称」と読み替えるものとする。

（一般疾病医療費の支給の申請）

**第二十六条** 法第十八条第一項に規定する一般疾病医療費（次項において「一般疾病医療費」という。）の支給を受けようとする被爆者は、医療を受けた後、速やかに、一般疾病医療費支給申請書（様式第八号）を、その者の居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

- 2 国外において医療を受けた非居住者であつて、一般疾病医療費の支給を受けようとするものは、前項の規定にかかわらず、当該医療を受けた後、速やかに、一般疾病医療費支給申請書（様式第八号）を、次の各号に掲げる非居住者の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める都道府県知事に提出しなければならない。
  - 一 大韓民国に居住地を有する非居住者 長崎県知事
  - 二 前号に掲げる非居住者以外の非居住者 広島県知事
- 3 前二項の申請書には、当該医療に要した費用の額を証する書類及び当該医療の内容を記載した書類を添えなければならない。

(一般疾病医療費に相当する額の支払の請求)

**第二十七条** 被爆者一般疾病医療機関は、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令、訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令又は介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令(平成十二年厚生省令第二十号)の定めるところにより、当該被爆者一般疾病医療機関が行った医療に係る法第十八条第三項の規定による一般疾病医療費に相当する額の支払を請求するものとする。

**第二十八条** 削除

#### 第四章 手当等の支給

##### 第一節 医療特別手当

(認定)

**第二十九条** 法第二十四条第二項の認定の申請は、医療特別手当認定申請書(様式第九号)に、法第十一条第一項の認定に係る負傷又は疾病についての法第十二条第一項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書(様式第十号)を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出することによって行わなければならない。

2 都道府県知事は、前項の場合において、同項に規定する診断書を添えることができないことについてやむを得ない理由があると認めるときは、法第十九条第一項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書をもってこれに代えさせることができる。

3 非居住者は、第一項の規定にかかわらず、同項に規定する書類の提出に代えて、申請書に、本人であることを確認するに足りる書類及び法第十一条第一項の認定に係る負傷又は疾病についての医師の診断書を添えて、これを令第一条の二第一項に規定する住所を管轄する領事官その他最寄りの領事官(以下単に「領事官」という。)を経由して提出することにより、法第二十四条第二項の認定の申請を行わなければならない。

**第三十条** 都道府県知事は、前条第一項又は第三項の規定による認定の申請があった場合において、法第二十四条第一項に規定する要件に該当する旨の認定をしたときは、当該認定を受けた者(以下「医療特別手当受給権者」という。)に、文書でその旨を通知するとともに、医療特別手当証書(様式第十一号)を交付しなければならない。

**第三十一条** 都道府県知事は、第二十九条第一項又は第三項の規定による認定の申請があった場合において、法第二十四条第一項に規定する要件に該当しないと認めるときは、申請者に、文書でその旨を通知しなければならない。

(健康状況の届出)

**第三十二条** 医療特別手当受給権者は、法第二十四条第二項の認定の申請をした日から起算して三年を経過するごとに、当該経過する日の属する年の五月一日から同月三十一日までの間に、医療特別手当健康状況届(様式第十二号)に、第二十九条第一項に規定する診断書を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

2 医療特別手当受給権者であって次の各号のいずれかに該当するものは、前項に規定するほか、法第二十四条第二項の認定の申請をした日から起算して一年を経過する日の属する月の一日から末日までの間に、医療特別手当健康状況届に、当該各号に掲げる負傷又は疾病についての第二十九条第一項に規定する診断書を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

一 法第十一条第一項の認定に係る疾病が放射線白内障である者

二 法第十一条第一項の認定に係る負傷又は疾病が同条第二項の規定による審議会等の意見に基づき医学的な状況の確認が特に必要であると認められたものである者

3 第二十九条第二項の規定は、前二項の規定により医療特別手当健康状況届に添えて提出すべき第二十九条第一項に規定する診断書について準用する。

4 医療特別手当受給権者であって非居住者であるものは、第一項又は第二項の規定にかかわらず、第一項又は第二項に規定する書類の提出に代えて、届書に、当該受給権者の生存の事実が確認できる書類及び第二十九条第三項に規定する診断書を添えて、提出しなければならない。

**第三十三条** 都道府県知事は、前条第一項、第二項又は第四項の規定により提出された届書を受理した場合において、その者が法第二十四条第一項に規定する要件に該当すると認めるときは、当該届書に添えて提出された医療特別手当証書に所要事項を記載し、又は新たに医療特別手当証書を作成し、これを医療特別手当受給権者に返付し、又は交付しなければならない。

2 都道府県知事は、前条第一項、第二項又は第四項の規定により提出された届書を受理した場合において、その者が法第二十四条第一項に規定する要件に該当しないと認めるときは、医療特別手当受給権者に、文書でその旨を通知しなければならない。

(氏名変更の届出)

**第三十四条** 医療特別手当受給権者は、氏名を変更したときは、次に掲げる事項を記載した届書に、戸籍の抄本(非居住者にあつては、当該非居住者の氏名の変更について当該非居住者の居住地の公的機関が証明した書類)を添えて、十四日以内に、これを居住地(居住地を有しないときは、その所在地)の都道府県知事に提出しなければならない。

一 変更前及び変更後の氏名

二 医療特別手当証書の記号番号

(居住地変更の届出)

**第三十五条** 医療特別手当受給権者であって国内に居住地を有するものは、国内において、居住地を移したときは、次に掲げる事項を記載した届書を、十四日以内に、これを居住地(都道府県の区域を越えて居住地を移した場合にあつては、新居住地)の都道府県知事に提出しなければならない。

一 変更前及び変更後の居住地並びに変更の年月日

二 医療特別手当証書の記号番号

2 都道府県知事は、都道府県の区域を越えて居住地を移した者から前項の規定による届書が提出されたときは、その者の従前の居住地の都道府県知事に、文書でその旨を通知しなければならない。

3 医療特別手当受給権者であって非居住者であるものは、国外において、居住地を移すときは、あらかじめ、第一項各号に掲げる事項を記載した届書を、当該受給権者に対し医療特別手当を支給する都道府県知事に提出しなければならない。

4 第一項及び第二項の規定の適用については、広島市及び長崎市の区域は、それぞれ広島県及び長崎県の区域外とし、一の都道府県の区域とみなす。

(国外への居住地変更の届出)

**第三十五条の二** 医療特別手当受給権者が非居住者となるときは、あらかじめ、次に掲げる事項を記載した届書を、居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

一 変更前及び変更後の居住地並びに変更の予定年月日

二 医療特別手当証書の記号番号

(国内への居住地変更の届出)

**第三十五条の三** 医療特別手当受給権者であって非居住者であるものは、国内に居住地を有することとなったときは、第三十五条第一項各号に掲げる事項を記載した届書を、十四日以内に、これを居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

2 都道府県知事は、前項の規定による届出を受理したときは、当該非居住者が前項の国内に居住地（居住地を有しなかったときは、その現在地）を有することとなったとき前最後に国内に有した居住地（居住地を有しなかったときは、その現在地）の都道府県知事（当該非居住者が法第二十条第二項の規定による申請に係る被爆者健康手帳の交付を受けた者であって、当該交付を受けた時以後、国内に居住地及び現在地を有しなかったものであるときは、当該交付を行った都道府県知事。以下この項において「最後の居住地等の都道府県知事」という。）にその旨を通知しなければならない。ただし、当該届出を受理した都道府県知事と最後の居住地等の都道府県知事とが同一であるときは、この限りでない。

(医療特別手当証書の訂正)

**第三十六条** 都道府県知事は、第三十四条から第三十五条の三までの規定により提出された届書（国内に居住地を有する者から提出されたものに限る。）を受理したときは、これらの届書に添えて提出された医療特別手当証書の当該事項を訂正し、若しくは必要な事項を記載し、又は新たに医療特別手当証書を作成し、これを医療特別手当受給権者又は当該届書を提出した者に返付し、又は交付しなければならない。

(医療特別手当証書の再交付)

**第三十七条** 医療特別手当受給権者は、医療特別手当証書を破り、汚し、又は失ったときは、医療特別手当証書の再交付を居住地の都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請は、医療特別手当証書の記号番号を記載した申請書を居住地の都道府県知事に提出することによって行わなければならない。この場合において、破り、又は汚した医療特別手当証書を申請書に添えなければならない。

3 医療特別手当受給権者は、第一項の申請をした後、失った医療特別手当証書を発見したときは、速やかに、これを居住地の都道府県知事に返納しなければならない。

**第三十八条** 都道府県知事は、前条の規定により医療特別手当証書の再交付の申請があったときは、新たに医療特別手当証書を作成し、これを医療特別手当受給権者に交付しなければならない。

2 前項の規定により新たな医療特別手当証書が交付されたときは、従前の医療特別手当証書は、その効力を失うものとする。

(失権の届出)

**第三十九条** 医療特別手当受給権者は、法第二十四条第一項に規定する要件に該当しなくなったときは、速やかに、次に掲げる事項を記載した届書を居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

一 法第二十四条第一項に規定する要件に該当しなくなった年月日

二 医療特別手当証書の記号番号

(失権の通知)

**第四十条** 都道府県知事は、第三十三条第二項に規定する場合のほか、医療特別手当受給権者が法第二十四条第一項に規定する要件に該当しなくなったと認めるときは、その者に、文書でその旨を通知しなければならない。

2 都道府県知事は、前項の通知をする場合において、医療特別手当証書が提出されていないときは、同項に定める者に対して、医療特別手当証書の返納を命じなければならない。

(死亡の届出)

**第四十一条** 医療特別手当受給権者が死亡したときは、戸籍法の規定による死亡の届出義務者は、次に掲げる事項を記載した届書に、その死亡を証する書類を添えて、十四日以内に、これを死亡した者の居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

一 死亡した者の氏名

二 死亡した年月日

(現況の届出)

**第四十一条の二** 医療特別手当受給権者であって国内に居住地を有するものは、毎年、当該受給権者に対し医療特別手当を支給する都道府県知事が指定する日（以下この項において「提出日」という。）までに、氏名、居住地及び医療特別手当証書の記号番号を記載した届書に、当該受給権者の生存の事実が確認できる書類を添えて、当該都道府県知事に提出しなければならない。ただし、当該都道府県知事から、提出日を指定する旨の通知がないときは、この限りでない。

2 医療特別手当受給権者であって非居住者であるものは、毎年五月一日から同月三十一日までの間に、氏名、居住地及び医療特別手当証書の記号番号を記載した届書に、当該受給権者の生存の事実が確認できる書類を添えて、当該受給権者に対し医療特別手当を支給する都道府県知事に提出しなければならない。ただし、法第二十四条第二項の認定の申請をした日又は第三十二条若しくは第三十四条から第三十五条の三までの規定により届書を提出した日以後一年以内に到来する五月三十一日が属する年については、この限りでない。

(届書等の記載事項)

**第四十二条** 第三十四条、第三十五条第一項及び第三項、第三十五条の二、第三十五条の三第一項、第三十七条第二項、第三十九条、第四十一条並びに第四十一条の二の届書又は申請書には、届出者又は申請者の氏名、居住地及び届出又は申請の年月日を記載しなければならない。

(医療特別手当証書の添付)

**第四十三条** この節の規定により届書を提出する場合においては、当該届書に医療特別手当証書（非居住者が提出する場合（第三十九条又は第四十一条の規定により届出を提出する場合を除く。）にあつては、医療特別手当証書の写し）を添えなければならない。

## 第二節 特別手当

(認定)

**第四十四条** 法第二十五条第二項の認定の申請は、特別手当認定申請書（様式第十三号）を居住地の都道府県知事に提出することによって行わなければならない。

2 非居住者は、前項の規定にかかわらず、同項に規定する書類の提出に代えて、申請書に、本人であることを確認するに足りる書類を添えて、これを領事官を経由して提出することにより、法第二十五条第二項の認定の申請を行わなければならない。

**第四十五条** 都道府県知事は、前条の規定による認定の申請があった場合において、法第二十五条第一項に規定する要件に該当する旨の認定をしたときは、当該認定を受けた者（以下「特別手当受給権者」という。）に、文書でその旨を通知するとともに、特別手当証書（様式第十四号）を交付しなければならない。

(準用)

**第四十六条** 第三十一条、第三十四条から第三十八条まで及び第四十条から第四十三条までの規定は、特別手当について準用する。この場合において、次の表の上欄に掲げる規定の中欄に掲げる字句は、それぞれ同表の下欄に掲げる字句に読み替えるものとする。

第三十一条	第二十九条第一項又は第三項 法第二十四条第一項	第四十四条第一項又は第二項 法第二十五条第一項
第三十六条	第三十四条から第三十五条の三まで	第四十六条において準用する第三十四条から第三十五条の三まで
第四十条第一項	都道府県知事は、第三十三条第二項に規定する場合のほか 法第二十四条第一項	都道府県知事は 法第二十五条第一項
第四十一条の二第二項	法第二十四条第二項 第三十二条若しくは第三十四条から第三十五条の三まで	法第二十五条第二項 第四十六条において準用する第三十四条から第三十五条の三まで

### 第三節 原子爆弾小頭症手当

(厚生労働省令で定める精神上又は身体上の障害)

**第四十七条** 法第二十六条第一項に規定する厚生労働省令で定める範囲の精神上又は身体上の障害は、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度の状態の障害とする。

(認定)

**第四十八条** 法第二十六条第二項の認定の申請は、原子爆弾小頭症手当認定申請書(様式第十五号)に、前条に規定する障害を伴う小頭症についての法第十二条第一項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書(様式第十六号)を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出することによって行わなければならない。ただし、法第十一条第一項の規定により認定を受けた者であつて、当該認定に係る疾病が小頭症であるものは、診断書を添えることを要しない。

2 非居住者は、前項の規定にかかわらず、同項に規定する書類の提出に代えて、申請書に、本人であることを確認するに足りる書類及び前条に規定する障害を伴う小頭症についての医師の診断書を添えて、これを領事官を経由して提出することにより、法第二十六条第二項の認定の申請を行わなければならない。ただし、法第十一条第一項の規定により認定を受けた者であつて、当該認定に係る疾病が小頭症であるものは、診断書を添えることを要しない。

**第四十九条** 都道府県知事は、前条の規定による認定の申請があつた場合において、法第二十六条第一項に規定する要件に該当する旨の認定をしたときは、当該認定を受けた者(以下「原子爆弾小頭症手当受給権者」という。)に、文書でその旨を通知するとともに、原子爆弾小頭症手当証書(様式第十七号)を交付しなければならない。

(準用)

**第五十条** 第二十九条第二項、第三十一条、第三十四条から第三十八条まで及び第四十一条から第四十三条までの規定は、原子爆弾小頭症手当について準用する。この場合において、次の表の上欄に掲げる規定の中欄に掲げる字句は、それぞれ同表の下欄に掲げる字句に読み替えるものとする。

第二十九条第二項	前項	第四十八条第一項
第三十一条	第二十九条第一項又は第三項 法第二十四条第一項	第四十八条第一項又は第二項 法第二十六条第一項
第三十六条	第三十四条から第三十五条の三まで	第五十条において準用する第三十四条から第三十五条の三まで
第四十一条の二第二項	法第二十四条第二項 第三十二条若しくは第三十四条から第三十五条の三まで	法第二十六条第二項 第五十条において準用する第三十四条から第三十五条の三まで

### 第四節 健康管理手当

(厚生労働省令で定める障害)

**第五十一条** 法第二十七条第一項に規定する厚生労働省令で定める障害は、次に掲げる障害とする。

- 一 造血機能障害
- 二 肝臓機能障害
- 三 細胞増殖機能障害
- 四 内分泌腺機能障害
- 五 脳血管障害
- 六 循環器機能障害
- 七 腎臓機能障害
- 八 水晶体混濁による視機能障害
- 九 呼吸器機能障害
- 十 運動器機能障害
- 十一 潰瘍による消化器機能障害

(認定)

**第五十二条** 法第二十七条第二項の認定の申請は、健康管理手当認定申請書(様式第十八号)に、前条に規定する障害を伴う疾病についての法第十九条第一項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書(様式第十九号)を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出することによって行わなければならない。

2 都道府県知事は、前項の場合において、同項に規定する診断書を添えることができないことについてやむを得ない理由があると認めるときは、法第十九条第一項の規定による指定を受けていない病院又は診療所の医師の診断書をもってこれに代えさせることができる。

3 非居住者は、第一項の規定にかかわらず、同項に規定する書類の提出に代えて、申請書に、本人であることを確認するに足りる書類及び前条に規定する障害を伴う疾病についての医師の診断書を添えて、これを領事官を経由して提出することにより、法第二十七条第二項の認定の申請を行わなければならない。

**第五十三条** 都道府県知事は、前条第一項又は第三項の規定による認定の申請があつた場合において、法第二十七条第一項に規定する要件に該当する旨の認定をしたときは、当該認定を受けた者(以下「健康管理手当受給権者」という。)に、文書でその旨を通知するとともに、健康管理手当証書(様式第二十号)を交付しなければならない。

(準用)

**第五十四条** 第三十一条及び第三十四条から第四十三条までの規定は、健康管理手当について準用する。この場合において、次の表の上欄に掲げる規定の中欄に掲げる字句は、それぞれ同表の下欄に掲げる字句に読み替えるものとする。

第三十一条	第二十九条第一項又は第三項 法第二十四条第一項	第五十二条第一項又は第三項 法第二十七条第一項
第三十六条	第三十四条から第三十五条の三まで	第五十四条において準用する第三十四条から第三十五条の三まで
第三十九条	法第二十四条第一項	法第二十七条第一項
第四十条第一項	都道府県知事は、第三十三条第二項に規定する場合のほか、 法第二十四条第一項	都道府県知事は 法第二十七条第一項
第四十一条の二第二項	法第二十四条第二項 第三十二条若しくは第三十四条から第三十五条の三まで	法第二十七条第二項 第五十四条において準用する第三十四条から第三十五条の三まで

#### 第五節 保健手当

(厚生労働省令で定める身体上の障害)

**第五十五条** 法第二十八条第三項第一号に規定する厚生労働省令で定める範囲の身体上の障害は、別表第一に定める程度の状態の障害とする。

(認定)

**第五十六条** 法第二十八条第二項の認定の申請は、保健手当認定申請書(様式第二十一号)に、その者が爆心地から二キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書類(当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書)を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出することによって行わなければならない。

2 前項の場合において、当該申請に併せて法第二十八条第三項ただし書の認定の申請を行うときは、次に掲げる書類を添えなければならない。

一 法第二十八条第三項第一号に規定する要件に該当することにより認定を受けようとする者にあつては、別表第一に定める身体上の障害についての法第十九条第一項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書(様式第二十二号)

二 法第二十八条第三項第二号に規定する要件に該当することにより認定を受けようとする者にあつては、次に掲げる書類

イ その者の戸籍の謄本又は抄本

ロ その者の子及び孫の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本

ハ その者と同居している者がいないことを明らかにすることができる書類

3 非居住者は、第一項の規定にかかわらず、同項に規定する書類の提出に代えて、申請書に、本人であることを確認するに足りる書類及び当該非居住者が爆心地から二キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書類(当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書)を添えて、これを領事官を経由して提出することにより、法第二十八条第二項の認定の申請を行わなければならない。

4 非居住者は、第二項の規定にかかわらず、同項に規定する書類に代えて、次に掲げる書類をもって、法第二十八条第三項ただし書の認定の申請を行うことができる。

一 法第二十八条第三項第一号に規定する要件に該当することにより認定を受けようとする者にあつては、別表第一に定める身体上の障害についての医師又は歯科医師の診断書

二 法第二十八条第三項第二号に規定する要件に該当することにより認定を受けようとする者にあつては、次に掲げる書類

イ 配偶者、子及び孫のいずれもいないことについて当該非居住者の居住地の公的機関が証明した書類

ロ 当該非居住者と同居している者がいないことを明らかにすることができる書類

**第五十七条** 都道府県知事は、前条の規定による認定の申請があつた場合において、法第二十八条第一項に規定する要件に該当する旨の認定をしたときは、当該認定を受けた者(以下「保健手当受給権者」という。)に、文書でその旨を通知するとともに、保健手当証書(様式第二十三号)を交付しなければならない。この場合において、法第二十八条第三項各号のいずれかに該当する旨の認定をしたときは、併せてその旨を通知するものとする。

(額の改定の申請)

**第五十八条** 保健手当受給権者は、法第二十八条第三項ただし書の認定の申請を行うときは、保健手当額改定申請書(様式第二十四号)に、第五十六条第二項に規定する書類及び保健手当証書を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

2 非居住者は、前項の規定にかかわらず、同項に規定する書類の提出に代えて、申請書に、本人であることを確認するに足りる書類、第五十六条第二項又は第四項に規定する書類及び保健手当証書を添えて、これを領事官を経由して提出することにより、法第二十八条第三項ただし書の認定の申請を行わなければならない。

3 都道府県知事は、前二項の規定による認定の申請があつた場合において、法第二十八条第三項各号のいずれかに該当する旨の認定をしたときは、当該認定を受けた者に、文書でその旨を通知するとともに、保健手当証書に所要事項を記載し、又は新たに保健手当証書を作成し、これを保健手当受給権者に返付し、又は交付しなければならない。

4 都道府県知事は、第一項又は第二項の規定による認定の申請があつた場合において、法第二十八条第三項各号のいずれにも該当しないと認めるときは、申請者に、文書でその旨を通知するとともに、保健手当証書を返付しなければならない。

(額の改定の届出)

**第五十九条** 保健手当受給権者は、法第二十八条第三項各号のいずれにも該当しなくなったときは、速やかに、次に掲げる事項を記載した届書を居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

一 法第二十八条第三項各号のいずれにも該当しなくなった理由及び該当しなくなった年月日

二 保健手当証書の記号番号

2 都道府県知事は、保健手当受給権者であつて国内に居住地を有するものから前項の規定により提出された届書を受理したときは、当該届書に添えて提出された保健手当証書に所要事項を記載し、又は新たに保健手当証書を作成し、これを保健手当受給権者に返付し、又は交付しなければならない。

(現況の届出等)

**第六十条** 保健手当受給権者であつて、法第二十八条第三項ただし書に規定するもの(法第二十八条第三項第一号に該当する旨の認定を受けた者であつて、当該認定に係る身体上の障害が固定していると都道府県知事が認めるものを除く。)は、毎年五月一日から同月三十一日までの間に、保健手当現況届(様式第二十五号)に、第五十六条第二項に規定する書類を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出しなければならない。ただし、法第二十八条第三項ただし書の認定の申請をした日以後一年以内に到来する五月三十一日が属する年については、この限りでない。

2 前項に規定する受給権者であつて非居住者であるものは、前項の規定にかかわらず、同項に規定する書類の提出に代えて、届書に、当該受給権者の生存の事実が確認できる書類及び第五十六条第二項又は第四項に規定する書類を添えて、提出しなければならない。

**第六十一条** 都道府県知事は、前条第一項の規定により提出された保健手当現況届を受理した場合において、その者が法第二十八条第三項各号のいずれかに該当すると認めるときは、当該届書に添えて提出された保健手当証書に所要事項を記載し、又は新たに保健手当証書を作成し、これを保健手当受給権者に返付し、又は交付しなければならない。

2 都道府県知事は、前条第一項の規定により提出された保健手当現況届を受理した場合において、その者が法第二十八条第三項各号のいずれにも該当しないと認めるときは、保健手当受給権者に、文書でその旨を通知するとともに、当該届書に添えて提出された保健手当証書に所要事項を記載し、又は新たに保健手当証書を作成し、これを返付し、又は交付しなければならない。

**第六十二条** 都道府県知事は、前条第二項に規定する場合のほか、保健手当受給権者が法第二十八条第三項各号のいずれにも該当しなくなったと認めるときは、当該保健手当受給権者に、文書でその旨を通知するとともに、保健手当証書の提出を命じなければならない。

2 都道府県知事は、前項の命令によって保健手当証書が提出されたときは、当該保健手当証書に所要事項を記載し、又は新たに保健手当証書を作成し、これを保健手当受給権者に返付し、又は交付しなければならない。

(準用)

**第六十三条** 第三十一条、第三十四条から第三十八条まで、第四十条から第四十三条まで及び第五十二条第二項の規定は、保健手当について準用する。この場合において、次の表の上欄に掲げる規定の中欄に掲げる字句は、それぞれ同表の下欄に掲げる字句に読み替えるものとする。

第三十一条	第二十九条第一項又は第三項	第五十六条第一項又は第三項
	法第二十四条第一項 該当しないと認めるとき	法第二十八条第一項 該当しないと認めるとき、又は法第二十八条第三項各号のいずれかに該当しないと認めるとき
第三十六条	第三十四条から第三十五条の三まで	第六十三条において準用する第三十四条から第三十五条の三まで
第四十条第一項	都道府県知事は、第三十三条第二項に規定する場合のほか 法第二十四条第一項	都道府県知事は 法第二十八条第一項
第四十一条の二第二項	法第二十四条第二項	法第二十八条第二項若しくは同条第三項ただし書
	第三十二条若しくは第三十四条から第三十五条の三まで	第六十三条において準用する第三十四条から第三十五条の三まで若しくは第五十九条第一項若しくは第六十条第一項本文
第五十二条第二項	前項	第五十六条第二項、第五十八条第一項又は第六十条第一項
	同項	第五十六条第二項第一号
	医師	医師又は歯科医師

2 第四十二条の規定は、第五十九条第一項の届書について準用する。

#### 第六節 介護手当及び葬祭料

(厚生労働省令で定める精神上又は身体上の障害)

**第六十四条** 法第三十一条本文に規定する厚生労働省令で定める範囲の精神上又は身体上の障害は、別表第二に定める程度の状態の障害とする。

2 法第三十一条ただし書に規定する厚生労働省令で定める重度の障害（以下「重度障害」という。）は、別表第三に定める程度の状態の障害とする。

(介護手当の支給の申請)

**第六十五条** 介護手当の支給を受けようとする者は、法第三十一条に規定する介護を受けた各月分につき、介護手当支給申請書（様式第二十六号）に、次に掲げる書類を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

一 別表第二（重度障害に該当する者にあつては、別表第三）に定める精神上又は身体上の障害についての法第十九条第一項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書（様式第二十七号）

二 費用を支出して介護を受けた日数及び当該支出した費用の額を証する書類（重度障害に該当する者が費用を支出して介護を受けた日がない月分の介護手当の支給を申請する場合にあつては、その者の介護に従事した者の当該介護の事実についての申立書）

2 都道府県知事は、重度障害に該当する者であつて、前項の規定により令第十八条第二項第二号に規定する額の介護手当の支給の申請を行うもののうち、当該介護手当に係る介護を受けた日の属する月の翌月（以下この項、次条及び第六十九条において単に「翌月」という。）以降継続して同号に規定する額の介護手当の支給を受けようとするものが介護手当継続支給申請書（様式第二十八号）を提出したときは、当該申請書を翌月以降の各月分の介護手当支給申請書とみなすことができる。ただし、その者が翌月以降の月において、介護に要する費用を支出して介護を受けたことにより、令第十八条第二項第一号に規定する額の介護手当の支給の申請を行う場合における当該月分の介護手当支給申請書については、この限りでない。

3 第五十二条第二項の規定は、第一項第一号の診断書について準用する。

(介護手当継続支給対象者の行う届出)

**第六十六条** 前条第二項の規定により介護手当継続支給申請書を翌月以降の各月分の介護手当支給申請書とみなされた者（以下「介護手当継続支給対象者」という。）は、氏名を変更したときは、変更前及び変更後の氏名を記載した届書に、戸籍の抄本を添えて、十四日以内に、これを居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

**第六十七条** 介護手当継続支給対象者であつて国内に居住地を有するものは、国内において、居住地を移したときは、変更前及び変更後の居住地並びに変更の年月日を記載した届書を、十四日以内に、これを居住地（都道府県の区域を越えて居住地を移した場合にあつては、新居住地）の都道府県知事に提出しなければならない。

2 第三十五条第二項及び第四項の規定は、介護手当継続支給対象者の居住地変更の届出について準用する。

**第六十七条の二** 介護手当継続支給対象者が非居住者となるときは、あらかじめ、変更前及び変更後の居住地並びに変更の予定年月日を記載した届書を、居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

**第六十八条** 介護手当継続支給対象者は、前二条に規定する場合のほか、介護手当継続支給申請書の記載事項に変更があつたときは、居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

**第六十九条** 介護手当継続支給対象者は、次の各号のいずれかに該当するに至つたときは、速やかに、その旨を記載した届書を居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

一 重度障害に該当しなくなった場合



二 翌月以降の月において、その月の間、介護を受けなかった場合

(準用)

**第七十条** 第四十一条の規定は、介護手当継続支給対象者の死亡の届出について準用する。この場合において、同条中「医療特別手当受給権者」とあるのは「介護手当継続支給対象者」と読み替えるものとする。

2 第四十二条の規定は、第六十六条から前項までの届書について準用する。

(葬祭料の支給の申請)

**第七十一条** 葬祭料の支給を受けようとする者は、葬祭料支給申請書(様式第二十九号)に、死亡診断書又は死体検案書を添えて、これを被爆者の死亡の際における居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

2 非居住者が死亡した場合に葬祭料の支給を受けようとする者は、前項の規定にかかわらず、同項に規定する書類の提出に代えて、申請書に、当該非居住者の死亡及び死因を確認するに足りる書類を添えて、これを領事官を経由して提出しなければならない。

3 日本に居住地を有する者が前項の申請を行う場合は、前項の規定にかかわらず、領事官を経由することを要しない。

#### 第七節 特別葬祭給付金

(特別葬祭給付金の認定の請求)

**第七十二条** 法第三十三条第三項の規定による認定の請求は、特別葬祭給付金請求書(様式第三十号)に、次に掲げる書類を添えて、これを居住地の都道府県知事に提出することによって行わなければならない。

一 死亡した者が法第三十三条第一項に規定する死亡者に該当する事実を明らかにすることができる書類

二 死亡した者の死亡の当時におけるその者と請求者との親族関係を明らかにすることができる書類

**第七十三条** 都道府県知事は前条の規定による認定の請求があった場合において、法第三十三条第一項に規定する要件に該当する旨の認定をしたときは、当該認定を受けた者(以下「特別葬祭給付金受給権者」という。)に特別葬祭給付金認定通知書(様式第三十一号)を交付しなければならない。

(居住地の変更)

**第七十四条** 令第三条第二項の通知を受けた都道府県知事は、居住地を変更した被爆者の特別葬祭給付金の支給に係る認定又は当該認定の請求の有無について、新居住地の都道府県知事に通知しなければならない。

(準用)

**第七十五条** 第三十一条の規定は、特別葬祭給付金について準用する。この場合において、「第二十九条第一項」とあるのは「第七十二条」と、「申請」とあるのは「請求」と、「法第二十四条第一項」とあるのは「法第三十三条第一項」、「申請者」とあるのは「請求者」と読み替えるものとする。

#### 第八節 雑則

(権限の委任)

**第七十六条** 法第五十一条の三第一項及び令第二十四条第一項の規定により、法第十六条第一項及び第十七条第三項(これらの規定を法第二十一条において準用する場合を含む。)に規定する厚生労働大臣の権限は、地方厚生局長に委任する。ただし、厚生労働大臣がその権限を自ら行うことを妨げない。

(口頭による申請等)

**第七十七条** 都道府県知事は、前七節に規定する申請書、届書又は請求書を作成することができない特別の事情があると認めるときは、当該申請者、届出者又は請求者の口頭による陳述を当該職員に聴取させた上で、必要な措置を採ることによって、これらの節に規定する申請書、届書又は請求書の受理に代えることができる。

2 前項の陳述を聴取した当該職員は、陳述事項に基づいて所定の申請書、届書又は請求書の様式に従って聴取書を作成し、これを陳述者に読み聞かせた上で、陳述者とともに氏名を記載しなければならない。

(添付書類の省略等)

**第七十八条** 都道府県知事は、介護手当の支給を受けようとする者の精神上又は身体上の障害についての診断書の提出を受けたことがある場合において、その者の精神上又は身体上の障害が固定している等の事情により当該精神上又は身体上の障害についての診断書を添える必要がないと認めるときは、第六十五条第一項の規定により申請書に添えなければならない当該診断書を省略させることができる。

2 第四十一条(第四十六条、第五十条、第五十四条及び第六十三条第一項において準用する場合を含む。)の規定により届書に医療特別手当受給権者、特別手当受給権者、原子爆弾小頭症手当受給権者、健康管理手当受給権者又は保健手当受給権者の死亡を証する書類を添えなければならない場合において、既に第七十一条の規定によりその者に係る葬祭料支給申請書が提出されているときは、その者の死亡を証する書類を添えることを要しない。

3 都道府県知事は、災害その他特別の事情がある場合において、特に必要があると認めるときは、前七節の規定により申請書、届書又は請求書に添えなければならない書類を省略させ、又はこれに代わるべき他の書類を添えて提出させることができる。

(住民票の写しの提出)

**第七十九条** 都道府県知事は、住民基本台帳法(昭和四十二年法律第八十一号)第三十条の十五第一項の規定により、第三十五条第一項若しくは第三十五条の三第一項(これらの規定を第四十六条、第五十条、第五十四条及び第六十三条において準用する場合を含む。)若しくは第六十七条第一項の規定による届出(以下この条において「届出」という。)又は第七十一条第一項の規定による申請(以下この条において「申請」という。)に係る同法第三十条の六第一項に規定する本人確認情報を利用することができないときは、届出を行う者に対し、住民票の写しを、申請を行う者に対し、死亡した被爆者の住民票又は消除された住民票の写しを、それぞれ提出させることができる。

2 広島市長及び長崎市長は、住民基本台帳法第三十条の十の規定により、届出又は申請に係る同法第三十条の六第一項に規定する本人確認情報を利用することができないときは、届出を行う者に対し、住民票の写しを、申請を行う者に対し、死亡した被爆者の住民票又は消除された住民票の写しを、それぞれ提出させることができる。

#### 附 則 抄

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成七年七月一日(以下「施行日」という。)から施行する。

(令附則第二条の厚生労働省令で定める健康診断の区分等)

**第一条の二** 令附則第二条に規定する厚生労働省令で定める健康診断の区分は、次のとおりとする。

一 都道府県知事が期日及び場所を指定して年二回行うもの及び健康診断の受診者の申請により、年二回を限度として都道府県知事があらかじめ指定した場所において行うもの

二 年一回を限度として都道府県知事があらかじめ指定した場所において行うもの

2 前項第一号の健康診断は、法附則第十七条に規定する者のうち、原子爆弾が投下された当時の令別表第三に掲げる区域内に在った者又はその当時その者の胎児であった者（以下「令別表第三の区域内に在った者」という。）に対し、一般検査及び精密検査によって行うものとする。ただし、精密検査は、一般検査の結果更に精密な検査を必要とする者について行うものとする。

3 第一項第二号の健康診断は、法附則第十七条に規定する者のうち、原子爆弾が投下された当時の令別表第四に掲げる区域（原子爆弾が投下された際の爆心地から十二キロメートルの区域内に限る。）内に在った者又はその当時その者の胎児であった者（以下「令別表第四の区域内に在った者」という。）に対し、一般検査によって行うものとする。

（健康診断受診者証）

**第二条** 令別表第三の区域内に在った者は第一種健康診断受診者証を、令別表第四の区域内に在った者は第二種健康診断受診者証を、それぞれ、健康診断を受けるに当たって提出しなければならない。

2 第一種健康診断受診者証の交付を受けようとする者（国内に居住地及び現在地を有しない者を除く。）は様式第三十二号による交付申請書に、第二種健康診断受診者証の交付を受けようとする者（国内に居住地及び現在地を有しない者を除く。）は様式第三十二号の二による交付申請書に、その者が令別表第三の区域内に在った者又は令別表第四の区域内に在った者に該当する事実を認めることができる書類（当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書。次項において「事実を認めることができる書類等」という。）を添えて、それぞれ、その居住地の都道府県知事に提出しなければならない。

3 第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証の交付を受けようとする者（国内に居住地及び現在地を有しない者に限る。）は、交付申請書に、事実を認めることができる書類等を添えて、領事官を経由して、それぞれ、その者が令別表第三の区域内に在った者又は令別表第四の区域内に在った者のいずれかに該当したとする当時現に所在していた場所を管轄する都道府県知事に提出しなければならない。

4 都道府県知事は、前二項の申請に基づいて審査し、申請者が令別表第三の区域内に在った者に該当すると認めるときは様式第三十三号による第一種健康診断受診者証を、申請者が令別表第四の区域内に在った者に該当すると認めるときは様式第三十三号の二による第二種健康診断受診者証を、それぞれ、その者に交付するものとする。

5 第三項の規定による申請に係る第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証の交付を行うときは、領事官を経由して行うものとする。

（健康診断受診者証交付台帳）

**第三条** 都道府県知事は、様式第三十四号による第一種健康診断受診者証交付台帳及び様式第三十四号の二による第二種健康診断受診者証交付台帳を備え、これに第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証の交付に関する事項を記載しなければならない。

（居住地の変更）

**第四条** 第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証の交付を受けた者であって国内に居住地を有するものは、他の都道府県の区域に居住地を移したときは、三十日以内に、新居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

2 都道府県知事は、前項の届出を受理したときは、旧居住地の都道府県知事にその旨を通知しなければならない。

3 第一項の規定の適用については、広島市及び長崎市の区域は、それぞれ広島県及び長崎県の区域外とし、一の都道府県の区域とみなす。

（国外への居住地の変更）

**第四条の二** 第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証の交付を受けた者が非居住者となるときは、あらかじめ、居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

（国内への居住地の変更）

**第四条の三** 第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証の交付を受けた者であって非居住者であるものは、国内に居住地を有することとなったときは、三十日以内に、居住地の都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

2 都道府県知事は、前項の規定による届出を受理したときは、当該非居住者が前項の国内に居住地又は現在地を有することとなったとき最後に国内に有した居住地（居住地を有しなかったときは、その現在地）の都道府県知事（以下この項において「最後の居住地の都道府県知事」という。）にその旨を通知しなければならない。ただし、当該届出を受理した都道府県知事と最後の居住地の都道府県知事とが同一であるときは、この限りでない。

（準用）

**第五条** 第四条、第七条第一項及び第三項、第七条の二及び第八条の規定は第一種健康診断受診者証及び第二種健康診断受診者証について、第九条第三項及び第十一条の規定は令別表第三の区域内に在った者及び令別表第四の区域内に在った者に係る健康診断について準用する。この場合において、次の表の上欄に掲げる規定の中欄に掲げる字句は、それぞれ同表の下欄に掲げる字句と読み替えるものとする。

第四条第一項	令第三条第一項、令第四条又は令第五条第一項	附則第四条第一項、附則第四条の二又は附則第四条の三第一項
第四条第三項	令第三条第二項又は令第五条第二項本文	附則第四条第二項又は附則第四条の三第二項
第十一条第二項第二号	法第一条各号のいずれかに該当した当時（以下「被爆時」という。）	法附則第十七条に規定する者に該当した当時
第十一条第二項第三号	被爆時	
第十一条第三項	様式第四号による	令別表第三の区域内に在った者については様式第四号によるものとし、令別表第四の区域内に在った者については様式第四号の二によるものとする

2 第九条第四項及び第五項の規定は、令別表第三の区域内に在った者に係る健康診断に準用する。

（健康状況の届出に関する特例）

**第五条の二** 医療特別手当受給権者であって令和二年五月一日から同月三十一日までの間に第三十二条第一項の規定による提出期限が到来するものが同項の規定による届出を行う場合における同条の規定の適用については、同項中「属する年」とあるのは、「属する年の翌年」とする。

2 第三十二条第二項の規定による届出を行う者であって令和二年三月一日から令和三年二月二十八日までの間に同項の規定による提出期限が到来するものが同項の規定による届出を行う場合における同条の規定の適用については、同項中「一年」とあるのは、「二年」とする。

(現況の届出等に関する特例)

**第五条の三** 法第二十八条第二項の認定を受けた者(同条第三項第一号に該当する者に限る。)に対する第六十条の規定の適用については、同条第一項ただし書中「属する年」とあるのは、「属する年又は令和二年」とする。

(原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則等の廃止)

**第六条** 次に掲げる省令は、廃止する。

- 一 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則(昭和三十二年厚生省令第八号)
  - 二 原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律施行規則(昭和三十四年厚生省令第三十四号)
- (原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則の廃止に伴う経過措置)

**第七条** この省令の施行前に前条の規定による廃止前の原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則(以下「旧原爆医療法施行規則」という。)第四条の二第一項の規定によりされた届出は、第五条第一項の規定によりされた届出とみなす。

**第八条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第五条の二第一項の規定により更新された被爆者健康手帳は、第七条第一項の規定により更新された被爆者健康手帳とみなす。

**第九条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第九条第一項の規定により提出された認定申請書、医師の意見書又は当該負傷若しくは疾病に係る検査成績を記載した書類は、それぞれ第十二条第一項の規定により提出された認定申請書、医師の意見書又は当該負傷若しくは疾病に係る検査成績を記載した書類とみなす。

**第十条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第九条第二項の規定により交付された認定書は、第十二条第二項の規定により交付された認定書とみなす。

**第十一条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第十一条第一項から第三項までの規定により提出された申請書は、それぞれ第十四条第一項から第三項までの規定により提出された申請書とみなす。

**第十二条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第十五条第一項(旧原爆医療法施行規則第二十二條において準用する場合を含む。)の規定によりされた届出は、第十七条第一項の規定によりされた届出とみなす。

**第十三条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第十六条第一項(旧原爆医療法施行規則第二十二條において準用する場合を含む。)の規定によりされた届出は、第十八条第一項の規定によりされた届出とみなす。

**第十四条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第十九条第一項の規定により提出された支給申請書は、第二十二條第一項の規定により提出された支給申請書とみなす。

**第十五条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第二十一条の規定により提出された申請書は、第二十四條の規定により提出された申請書とみなす。

**第十六条** この省令の施行前に旧原爆医療法施行規則第二十四條第一項の規定により提出された一般疾病医療費支給申請書は、第二十六條第一項の規定により提出された一般疾病医療費支給申請書とみなす。

(原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律施行規則の廃止に伴う経過措置)

**第十七条** この省令の施行前に附則第六条の規定による廃止前の原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律施行規則(以下「旧原爆特別措置法施行規則」という。)第二条又は第五条第一項の規定により交付された医療特別手当証書は、それぞれ第三十条又は第三十三條第一項の規定により交付された医療特別手当証書とみなす。

**第十八条** この省令の施行前に旧原爆特別措置法施行規則第九条第一項の規定によりされた医療特別手当証書の再交付の申請は、第三十七條第一項の規定によりされた医療特別手当証書の再交付の申請とみなす。

**第十九条** この省令の施行前に旧原爆特別措置法施行規則第十三條の二第一項の規定により交付された特別手当証書は、第四十五條の規定により交付された特別手当証書とみなす。

**第二十条** この省令の施行前に旧原爆特別措置法施行規則第十八條の二の規定により交付された原子爆弾小頭症手当証書は、第四十九條の規定により交付された原子爆弾小頭症手当証書とみなす。

**第二十一条** この省令の施行前に旧原爆特別措置法施行規則第二十二條の規定により交付された健康管理手当証書は、第五十三條の規定により交付された健康管理手当証書とみなす。

**第二十二条** この省令の施行前に旧原爆特別措置法施行規則第二十七條、第二十七條の二第二項、第二十七條の三第二項、第二十八條の二第一項若しくは第二項又は第二十八條の三第二項の規定により交付された保健手当証書は、それぞれ第五十七條、第五十八條第二項、第五十九條第二項、第六十一條第一項若しくは第二項又は第六十二條第二項の規定により交付された保健手当証書とみなす。

**第二十三条** この省令の施行前に旧原爆特別措置法施行規則第三十一條第一項の規定により提出された介護手当支給申請書又は同項第一号若しくは第二号に掲げる書類は、それぞれ第六十五條第一項の規定により提出された介護手当支給申請書又は同項第一号若しくは第二号に掲げる書類とみなす。

**第二十四条** この省令の施行前に旧原爆特別措置法施行規則第三十一條第二項の規定により提出された介護手当継続支給申請書は、第六十五條第二項の規定により提出された介護手当継続支給申請書とみなす。

**第二十五条** この省令の施行前に旧原爆特別措置法施行規則第三十一條の七の規定により提出された葬祭料支給申請書及び同条各号に掲げる書類は、第七十一條の規定により提出された葬祭料支給申請書及び同条各号に掲げる書類とみなす。

**第二十六条** この省令の施行の際この省令による改正前の様式(以下「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則 (平成九年三月二八日厚生省令第三一号) 抄**

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成九年四月一日から施行する。

**附 則 (平成一〇年八月三日厚生省令第七三号)**

(施行期日)

1 この省令は、公布の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に掲げる日から施行する。

- 一 附則第五条及び様式第三十三号の改正規定 平成十年十月一日
- 二 第七条及び様式第二号の改正規定 平成十一年八月一日

(経過措置)

2 この省令の施行の際、現にある様式第十二号による医療特別手当健康状況届、様式第十九号による診断書、様式第二十四号による保健手当額改定申請書及び様式第二十五号による保健手当現況届については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則 (平成一一年一月一日厚生省令第九一号) 抄**

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

(原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則の一部改正に伴う経過措置)

**第二十七条** この省令の施行の際現にある第二十六条の規定による改正前の原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則様式第五号、様式第七号及び様式第八号による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

2 施行日前に受けた医療に係る原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成六年法律第百十七号）第十七条第一項に規定する医療費及び同法第十八条第一項に規定する一般疾病医療費の支給の申請については、なお従前の例による。

**附 則**（平成一一年一月二八日厚生省令第九九号）抄

(施行期日)

1 この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

**附 則**（平成一二年三月七日厚生省令第二〇号）抄

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

**附 則**（平成一二年三月二七日厚生省令第三九号）

(施行期日)

1 この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則**（平成一二年一月二〇日厚生省令第一二七号）抄

(施行期日)

1 この省令は、内閣法の一部を改正する法律（平成十一年法律第八十八号）の施行の日（平成十三年一月六日）から施行する。

(様式に関する経過措置)

3 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

4 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則**（平成一四年四月一日厚生労働省令第六〇号）

(施行期日)

**第一条** この省令は、公布の日から施行する。

(経過措置)

**第二条** この省令の施行の際現にこの省令による改正前の原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則（以下「旧規則」という。）附則第二条第二項の規定によりされている健康診断受診者証の交付の申請は、この省令による改正後の同項の規定による第一種健康診断受診者証の交付の申請とみなす。

2 この省令の施行日前に旧規則附則第二条第四項の規定により交付された健康診断受診者証は、この省令による改正後の同項の規定により交付された第一種健康診断受診者証とみなす。

**第三条** この省令の施行日前に旧規則附則第三条の規定により備えられた健康診断受診者証交付台帳は、この省令による改正後の同条の規定により備えられた第一種健康診断受診者証交付台帳とみなす。

**第四条** この省令の施行の際現に旧規則附則第五条において準用する第六条第一項の規定によりされている健康診断受診者証の再交付の申請は、この省令による改正後の附則第五条において準用する第六条第一項の規定による第一種健康診断受診者証の再交付の申請とみなす。

**第五条** この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則**（平成一四年五月三一日厚生労働省令第七四号）

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成十四年六月一日から施行する。

(経過措置)

**第二条** 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令の一部を改正する政令附則第二条の通知を受けた都道府県知事（広島市又は長崎市にあっては、当該市の長とする。以下同じ。）は、被爆者健康手帳交付台帳から、当該被爆者に関する記載事項を抹消するものとする。

**第三条** この省令の施行の際現に第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証の交付を受けたことのある者であって国内に居住地及び現在地を有しないもの（以下この項において「非居住者」という。）がこの省令の施行後最初にこの省令による改正後の附則第四条の三第一項の届出をした場合において、当該届出を受理した都道府県知事は、当該非居住者がこの省令の施行前最後に国内に有した居住地（居住地を有しなかったときは、その現在地）の都道府県知事（以下この項において「最後の居住地の都道府県知事」という。）にその旨を通知しなければならない。ただし、当該届出を受理した都道府県知事と最後の居住地の都道府県知事が同一であるときは、この限りではない。

2 前項の通知を受けた都道府県知事は、第一種健康診断受診者証交付台帳又は第二種健康診断受診者証交付台帳から、当該第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証の交付を受けた者に関する記載事項を抹消するものとする。

**附 則**（平成一四年九月五日厚生労働省令第一一七号）抄

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成十四年十月一日から施行する。

**附 則**（平成一五年二月二七日厚生労働省令第一六号）

(施行期日)

**第一条** この省令は、平成十五年三月一日から施行する。ただし、第四十一条の次に一条を加える改正規定は、平成十六年五月一日から施行する。

(経過措置)

**第二条** この省令の施行の際国内に居住地及び現在地を有しない被爆者であって原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第四条の規定による届出をしていないもの（以下「未届非居住者」という。）は、氏名を変更したとき、又は国外において居住地を変更したとき

は、この省令による改正後の原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則（以下「新規則」という。）第七条第二項の規定にかかわらず、被爆者健康手帳の写しを添えて、当該未届非居住者に最後に被爆者健康手帳を交付した都道府県知事（当該未届非居住者が最後に被爆者健康手帳の交付を受けた後原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第二十四条第二項、第二十五条第二項、第二十六条第二項、第二十七条第二項又は第二十八条第二項の認定を受けた場合にあっては、当該未届非居住者に対しそれぞれ医療特別手当、特別手当、原子爆弾小頭症手当、健康管理手当又は保健手当を支給する、又は最後に支給していた都道府県知事。以下同じ。）にその旨を届け出なければならない。

**第三条** 未届非居住者は、被爆者健康手帳を破り、汚し、又は失ったときは、新規則第七条の二の規定にかかわらず、当該未届非居住者に最後に被爆者健康手帳を交付した都道府県知事に再交付を申請することができる。

**第四条** 未届非居住者が死亡したときは、戸籍法の規定による死亡の届出義務者は、新規則第八条の規定にかかわらず、当該未届非居住者に最後に被爆者健康手帳を交付した都道府県知事に、被爆者健康手帳を返還しなければならない。

**附 則**（平成一五年三月二〇日厚生労働省令第三九号）

（施行期日）

1 この省令は、平成十五年三月二十四日から施行する。

（経過措置）

2 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則**（平成一五年七月二五日厚生労働省令第一二四号）

（施行期日）

**第一条** この省令は、平成十五年八月一日から施行する。

（経過措置）

**第二条** この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則**（平成一六年七月九日厚生労働省令第一一二号）抄

（施行期日）

**第一条** この省令は、薬事法及び採血及び供血あつせん業取締法の一部を改正する法律（以下「改正法」という。）の施行の日（平成十七年四月一日）から施行する。

**附 則**（平成一七年一月三〇日厚生労働省令第一六八号）

この省令は、公布の日から施行する。

**附 則**（平成一八年三月一四日厚生労働省令第三二号）抄

（施行期日）

**第一条** この省令は、平成十八年四月一日から施行する。

**附 則**（平成一八年三月三一日厚生労働省令第七四号）

この省令は、平成十八年四月一日から施行する。

**附 則**（平成一八年一月二八日厚生労働省令第二〇一号）

（施行期日）

**第一条** この省令は、公布の日から施行する。

（経過措置）

**第二条** この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則**（平成二〇年三月二一日厚生労働省令第四一号）

（施行期日）

**第一条** この省令は、平成二十年四月一日から施行する。

（経過措置）

**第二条** この省令の施行の際この省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

**附 則**（平成二〇年三月三一日厚生労働省令第七七号）抄

（施行期日）

**第一条** この省令は、平成二十年四月一日から施行する。

**附 則**（平成二〇年一月二二日厚生労働省令第一七〇号）

この省令は、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の一部を改正する法律（平成二十年法律第七十八号）の施行の日（平成二十年十二月十五日）から施行する。

**附 則**（平成二一年三月三〇日厚生労働省令第五四号）抄

（施行期日）

**第一条** この省令は、介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律（平成二十年法律第四十二号）の施行の日（平成二十一年五月一日）から施行する。

**附 則**（平成二二年三月三一日厚生労働省令第四七号）

この省令は、平成二十二年四月一日から施行する。

**附 則**（平成二四年三月一三日厚生労働省令第三〇号）抄

（施行期日）

**第一条** この省令は、平成二十四年四月一日から施行する。

**附 則**（平成二四年六月二九日厚生労働省令第九七号）抄

（施行期日）

**第一条** この省令は、平成二十四年七月九日から施行する。

**附 則**（平成二六年三月二〇日厚生労働省令第一九号）

(施行期日)

1 この省令は、平成二十六年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行の際現に医療特別手当受給権者であって法第十一条第一項の認定に係る疾病が放射線白内障であるものに対するこの省令による改正後の原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第三十二条第二項の適用については、当該認定に係る放射線白内障は、同項第一号の放射線白内障に該当しないものとみなす。

附 則 (平成二六年七月三〇日厚生労働省令第八七号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、薬事法等の一部を改正する法律(以下「改正法」という。)の施行の日(平成二十六年十一月二十五日)から施行する。

附 則 (平成二七年三月三一日厚生労働省令第五五号) 抄

(施行期日)

1 この省令は、平成二十七年四月一日から施行する。

附 則 (平成二七年三月三一日厚生労働省令第五七号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、平成二十七年四月一日から施行する。

附 則 (平成二七年九月二九日厚生労働省令第一五〇号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(以下「番号利用法」という。)の施行の日(平成二十七年十月五日)から施行する。

附 則 (平成二七年一二月二八日厚生労働省令第一七四号)

(施行期日)

第一条 この省令は、平成二十八年一月一日から施行する。

(経過措置)

第二条 この省令による改正後の原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則(次条において「新規則」という。)第二十二条第二項及び第二十六条第二項の規定は、この省令の施行の日前に国外において医療を受けた非居住者についても、適用する。

第三条 この省令の施行の際現にこの省令による改正前の原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則(次項において「旧規則」という。)第二十二条第一項の規定によりされている医療費の支給の申請(国外において医療を受けた非居住者に係るものに限る。)は、新規則第二十二条第二項の規定による医療費の支給の申請とみなす。

2 この省令の施行の際現に旧規則第二十六条第一項の規定によりされている一般疾病医療費の支給の申請(国外において医療を受けた非居住者に係るものに限る。)は、新規則第二十六条第二項の規定による一般疾病医療費の支給の申請とみなす。

附 則 (平成二八年三月三一日厚生労働省令第五四号)

(施行期日)

1 この省令は、平成二十八年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行の際この省令による改正前の様式(以下「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

3 この省令の施行の際現にある旧様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (令和元年五月七日厚生労働省令第一号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、公布の日から施行する。

(経過措置)

第二条 この省令による改正前のそれぞれの省令で定める様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後のそれぞれの省令で定める様式によるものとみなす。

2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (令和元年六月二八日厚生労働省令第二〇号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、不正競争防止法等の一部を改正する法律の施行の日(令和元年七月一日)から施行する。

(様式に関する経過措置)

第二条 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (令和二年五月二一日厚生労働省令第一〇二号)

(施行期日)

1 この省令は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行前にこの省令による改正前の原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第三十二条第一項又は第二項の規定による届出を行った者のうち、都道府県知事(広島市又は長崎市にあっては、当該市の長)が原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(平成六年法律第百十七号)第二十四条第一項に規定する要件に該当すると認めたものについては、この省令による改正後の原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則附則第五条の二の規定は、適用しない。

附 則 (令和二年一二月二五日厚生労働省令第二〇八号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、公布の日から施行する。

(経過措置)

第二条 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2 この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

---

附 則（令和五年三月三十一日厚生労働省令第四八号）抄

（施行期日）

第一条 この省令は、令和五年四月一日から施行する。

様式第一号（第一条関係）

## 被爆者健康手帳交付申請書

本 籍 地

郵便番号

居 住 地

電話番号（ ）

ふりがな  
氏 名

年 月 日生

都道府県知事(市長) 殿

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により、被爆者健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

(A列4番)



様式第二号(第二条関係)

(表 紙)

公費負担者番号							
公費負担医療の 受給者番号							

(手帳番号)

被 爆 者 健 康 手 帳

氏 名 \_\_\_\_\_

(1ページ)

公費負担者番号							
公費負担医療の 受給者番号							

都道府県知事(市長)印

都道府県(市)

ふりがな		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日生
氏名						
被爆時の 年齢	満 歳					
居住地 (現在地)	都道 府県	区市 郡	町 村	番地		
交付 年月日	令和 年 月 日					

(2ページ)

法第1条による区分	第1号 ・ 第2号 ・ 第3号 ・ 第4号
被爆の場所	市 町 郡 村 爆心地から ・ キロメートル
被爆直後の行動 〔おおむね2週間以内〕	
被爆当時の外傷、熱傷の状況	
被爆当時の急性症状 〔おおむね6箇月以内〕	
過去の健康状態とかかった主な傷病名及び時期	

(3ページ)

一 般 検 査	検査年月日		年 月 日				年 月 日				
	項目										
	白血球数		/mm <sup>3</sup>				/mm <sup>3</sup>				
	赤血球数		×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>				×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>				
	ヘモグロビン		g/dl				g/dl				
	ヘマトクリット		%				%				
	ヘモグロビンA1c		%				%				
	肝臓機能検査		AST	IU/l	ALT	IU/l	AST	IU/l	ALT	IU/l	
			γ-GTP		IU/l		γ-GTP		IU/l		
	C R P		mg/dl				mg/dl				
	尿	蛋白質		陽性・陰性				陽性・陰性			
		糖		陽性・陰性				陽性・陰性			
		ウロビリノーゲン		増加・正常・減少				増加・正常・減少			
		潜血		陽性・陰性				陽性・陰性			
血圧値		最大	mmHg			最大	mmHg				
		最小	mmHg			最小	mmHg				
判定		異常認めず・要精密検査				異常認めず・要精密検査					
医療機関の名称											
精 密 検 査	検査年月日		年 月 日				年 月 日				
	項目										
	異常の有無		有・無				有・無				
	検査方法の名称 (異常を認めたもの)及び診断名										
	治療の要否		要 $\left[ \begin{array}{l} \text{入院} \\ \text{入院外} \end{array} \right]$ ・否				要 $\left[ \begin{array}{l} \text{入院} \\ \text{入院外} \end{array} \right]$ ・否				
医療機関の名称											

(4ページ)

胃 が ん 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	医療機関の名称			
	精密検査年月日	年月日	年月日	年月日
	精密検査医療機関の名称			

胃 が ん 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	医療機関の名称			
	精密検査年月日	年月日	年月日	年月日
	精密検査医療機関の名称			

(5ページ)

肺 が 般 検 査 人 検 査 精 密 検 査 診 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	検査	医療機関の名称		
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日
	精密検査	医療機関の名称		

肺 が 般 検 査 人 検 査 精 密 検 査 診 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	検査	医療機関の名称		
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日
	精密検査	医療機関の名称		

(6ページ)

乳 が 般 検 査  精 密 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			
乳 が 般 検 査  精 密 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			

子宮がん検査		検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般検査	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
		子宮体がん検診	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施
		医療機関の名称			
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
		医療機関の名称			

子宮がん検査		検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般検査	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
		子宮体がん検診	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施
		医療機関の名称			
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
		医療機関の名称			



(8ページ)

大腸がん検査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般判定	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査
	医療機関の名称			
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			

大腸がん検査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般判定	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査
	医療機関の名称			
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			

多 発 性 骨 髄 腫 瘍 診 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	検査	医療機関の名称		
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日
	検査	医療機関の名称		

多 発 性 骨 髄 腫 瘍 診 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	検査	医療機関の名称		
	精密検査	検査年月日	年月日	年月日
	検査	医療機関の名称		

(10ページ)

## 治 療

認 定 一 般 の 別	負傷又は疾病の名称	治療期間	入 院 入 院 外 の 別	医療機関の名称

備考 「認定一般の別」の欄には、厚生労働大臣の認定を受けた負傷又は疾病については「認定」と、その他の負傷又は疾病については「一般」と記入すること。

(11ページ)

## この手帳について

- 1 健康診断を受けるときは、この手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 厚生労働大臣の認定を受けた負傷又は疾病について治療を受けるときは、指定医療機関に認定書と共にこの手帳を提出してください。
- 3 厚生労働大臣の認定を受けていない負傷又は疾病について治療を受けるときは、被爆者一般疾病医療機関にこの手帳を提出してください。社会保険により治療を受けることができる方は、保険証又は組合員証を併せて提出してください。  
なお、遺伝性疾病、先天性疾病、軽い虫歯等については、この手帳で治療を受けることはできません。
- 4 緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医療機関又は被爆者一般疾病医療機関以外から医療を受けた後、都道府県知事に医療費の支給を申請することができます。
- 5 住所や氏名が変わったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 6 この手帳は、無くさないように大切にお持ちください。もし、無くしたり、使用できないようになったときは、再交付を申請してください。
- 7 記載すべき余白が無くなったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 8 この手帳は、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

(A列6番)

〔注 3ページから10ページまでの各ページについては、必要に応じ、適宜増やして差し支えない。〕



様式第四号（一）（第十一条関係）




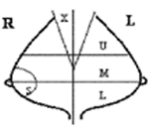
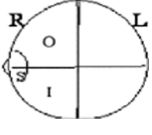
様式第四号（一）（第十一条関係）

整理番号		健康診断個人表（一般検査用）											
ふりがな 氏名		性 別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和			年	月	日	被爆者 健康手帳 番号		
居住地		都道 府県		区市 郡		町 村		番地					
被爆時 の事情	被爆地	爆心地から約      キロメートル						法第1条に よる区分		第1号・第2号 第3号・第4号			
	第1号該当者の被爆 の状況	屋内	木造・コンクリート・石造			屋外	しやへい 遮蔽の有・無						
既 往 症	被爆時前の既往歴												
	被爆直後の行動（お おむね3週間以内）												
	原爆によると思われ る急性症状（おむ ね6箇月以内）	貧血	有・無	熱傷	有・無	下痢	有・無	脱毛	有・無	発熱	有・無		
	原爆によると思われ る慢性症状	貧血	有・無	めまい	有・無	疲労感	有・無	筋痛	有・無	衰弱感	有・無		
	ケロ イド	有・無	その他										
現 病 症			令和 年 月 日			令和 年 月 日			令和 年 月 日			令和 年 月 日	
	理 検 学 的 査												
	臨 床 病 理	白 血 球 数	/mm <sup>3</sup>			/mm <sup>3</sup>			/mm <sup>3</sup>			/mm <sup>3</sup>	
		赤 血 球 数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
		ヘモグロビン	g/dl			g/dl			g/dl			g/dl	
		ヘマトクリット	%			%			%			%	
		ヘモグロビン A1c	%			%			%			%	
	肝臓機能検査	AST		ALT		AST		ALT		AST		ALT	
		γ-GTP	IU/l		γ-GTP	IU/l		γ-GTP	IU/l		γ-GTP	IU/l	
	C	R	P	mg/dl			mg/dl			mg/dl			
	尿 検 査	たん 蛋 白	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性	
		糖	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性	
		ウロビリ ノーゲン	増加・正常・減少			増加・正常・減少			増加・正常・減少			増加・正常・減少	
		潜 血	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性	
		血 圧 値	最大	mmHg		最大	mmHg		最大	mmHg		最大	mmHg
	最小	mmHg		最小	mmHg		最小	mmHg		最小	mmHg		
判 定		異常認めず 要精密検査			異常認めず 要精密検査			異常認めず 要精密検査			異常認めず 要精密検査		
特に記すべき医師の意見													
実施場所													
実施機関名													
担当医師氏名													

(A列4番)

様式第四号(二)(第十一条関係)

様式第四号(二)(第十一条関係)

整理番号		健康診断個人票				(一般検査(がん検診)用)		
ふりがな		性男・女	年齢	歳	明治	年	月	日生
氏名		別			昭和			
居住地	都道府県	区市郡	町村	番地	被爆者健康手帳番号			
	胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診		
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日		
既往歴								
現	症状							
	検査所見	X線(直接・間接)内視鏡部位 	X線(直接)  所見 かくたん 喀痰細胞診 A・B・C・D・E	視診・触診部位  腫瘍有無 乳房X線検査(内外斜位方向)  (頭尾方向)  所見 右左 腫瘍 ( ) ( ) 石灰化 ( ) ( ) 局所的非対称性陰影 ( ) ( ) 構築の乱れ ( ) ( ) その他 ( ) ( ) 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	視診・内診所見 子宮頸部細胞診細胞診判定 【ベセスダシステム】 <input type="checkbox"/> NILM(微生物) <input type="checkbox"/> NILM(その他の非腫瘍性所見) <input type="checkbox"/> ASC-US(軽度扁平上皮内病変疑い) <input type="checkbox"/> ASC-H(高度扁平上皮内病変疑い) <input type="checkbox"/> ISIL(HPV感染) <input type="checkbox"/> ISIL(軽度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(中等度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(高度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL(上皮内癌) <input type="checkbox"/> SCC(扁平上皮癌) 腺系帯及びその他の腫瘍 <input type="checkbox"/> AGC(腺異型、腺癌疑い) <input type="checkbox"/> AIS(上皮腺癌) <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma(腺癌) <input type="checkbox"/> other(その他の癌) 【クラス分類】 I・II・III(III a・III b) ・IV・V 子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性	便潜血 陰性・陽性	血清蛋白分画 総蛋白 g/dl A/G アルブミン % α <sub>1</sub> グロブリン % α <sub>2</sub> グロブリン % βグロブリン % γグロブリン % M成分	
判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	異常認めず 要精密検査		
特に記すべき医師の意見								
実施場所								
実施機関名								
担当医師名								

様式第四号(三)(第十一条関係)

(表)

整理番号		健康診断個人表(精密検査用)						
検査 科目	ふりがな		性別	男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日	被 爆 者 健康手帳 番 号
	氏 名							
内	居 住 地	都 道		区 市		町		番 地
外		府 県		郡		村		
眼	被 爆 地	爆心地から約 キロメートル			法第1条に よる区分		第1号・第2号 第3号・第4号	
そ の 他	被爆 時 の 事 情	第1号該当者 の被爆の状況	屋内	木造・コンクリート・ 石造		屋外	しゃへい 遮蔽の有・無	
	被爆直後の行 動(おおむね3 週間以内)							
	既 往 歴							
	現 症	(理学的検査)						



様式第四号（三）（第十一条関係）

様式第四号(三) (第十一条関係)

(裏)

(臨床病理学的検査)													
		年月日	年月日	年月日	年月日			年月日	年月日	年月日	年月日		
現 症	血液学的検査	白血球数	/mm <sup>3</sup>	/mm <sup>3</sup>	/mm <sup>3</sup>	/mm <sup>3</sup>	血液学的検査 (白血球百分比%)	好中球	かん 桿 状 核				
		赤血球数	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>		分葉核					
		ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl		好酸球					
		ヘマトクリット	%	%	%	%		好塩基球					
		網状赤血球数	% <sub>o</sub>	% <sub>o</sub>	% <sub>o</sub>	% <sub>o</sub>		単球					
		血小板数	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>	万/mm <sup>3</sup>		リンパ球					
								リンパ芽球					
		ヘモグロビンA1c	%	%	%	%		後骨髄球					
	血液生化学的検査	AST	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l	骨髄球						
		ALT	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l	前骨髄球						
		γ-GTP	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l	骨髄芽球						
							形質細胞						
尿検査						混濁							
						たん 蛋 白							
						糖							
	CRP	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	ウロビリノーゲン							
血圧値	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	潜血						
	最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg							
その他の検査	年月日		年月日		年月日		年月日						
判定	異常の有無及び異常のあるときは、その症状又は診断名			年月日		年月日		年月日		年月日			
				(無・有)		(無・有)		(無・有)		(無・有)			
治療の要否	治療の要否			(入院)要(入院外)・否		(入院)要(入院外)・否		(入院)要(入院外)・否		(入院)要(入院外)・否			
特に記すべき医師の意見													
実施場所													
実施機関名													
担当医師名													

(A列4番)

様式第四号の二（附則第五条関係）

様式第四号の二（附則第五条関係）

整理番号		健康診断個人票(第二種健康診断受診者・一般検査用)												
ふりがな		性	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	第二種健康 診断受診者 証番号					
氏名		別												
居住地		都道府県		区市郡		町村		番地						
原子爆弾投下時に在った場所		爆心地から約                      キロメートル												
既往症														
現症	令和 年 月 日			令和 年 月 日			令和 年 月 日			令和 年 月 日				
	理学的検査													
	臨床検査	白血球数	/mm <sup>3</sup>			/mm <sup>3</sup>			/mm <sup>3</sup>			/mm <sup>3</sup>		
		赤血球数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		
		ヘモグロビン	g/dl			g/dl			g/dl			g/dl		
		ヘマトクリット	%			%			%			%		
		ヘモグロビンA1c	%			%			%			%		
	病理検査	肝臓機能検査	AST		ALT		AST		ALT		AST		ALT	
			γ-GTP		IU/l		γ-GTP		IU/l		γ-GTP		IU/l	
		C R P	mg/dl			mg/dl			mg/dl			mg/dl		
	尿検査	蛋白	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性		
		糖	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性		
		ウロビリノーゲン	増加・正常・減少			増加・正常・減少			増加・正常・減少			増加・正常・減少		
		潜血	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性		
	血圧値	最大	mmHg			最大	mmHg			最大	mmHg			
最小		mmHg			最小	mmHg			最小	mmHg				
判定	異常の有無 有・無													
特に記すべき医師の意見														
実施場所														
実施機関名														
担当医師氏名														

(A列4番)

様式第五号(第十二条関係)

認 定 申 請 書			
氏 名		性 別	生年月日
居 住 地	郵便番号	電話番号 ( )	
被爆者健康手帳の 番号			
負傷又は疾病の名称			
被爆時の状況 (入市の状況を含む。) (※1)			
被爆直後の症状及び その後の健康状態の概要 (※2)			
医療の給付を受け ようとする指定医療 機関	名称及び所在地		
	訪問看護ステーション 等の名称及び所在地		
<p>原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の規定により、認定を受けたく、関係書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>			

(※1) 被爆をした地点及びその周囲の状況について記載してください。

被爆後の入市がある場合には、入市日、入市の時刻、入市経路及びその後の行動、滞在時間等を記載してください。

なお、被爆者健康手帳の記載を参考に記載し、その写しを添付してください。

(※2) 被爆直後の症状や被爆時以降現在までの健康状態の変化等について記載してください。

医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料がある場合には、併せて添付してください。

備考 分量が多い場合には別紙で記載しても差し支えないこと。

訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療の給付を受けようとする指定医療機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。

様式第六号(第十二条関係)

意 見 書

令和 年 月 日作成

負傷又は 疾病の名称		被爆者 健康手帳 の番号		被爆者の 氏名及び 生年月日	
既往症 (※1)					
現症所見 (※2)					
当該負傷又は疾 病に関する原子 爆弾の放射線起 因性等について の医師の意見及 びその理由 (※3)					
必要な医療の内 内容及び期間 (※4)	内容	期間 (入院)			(通院)

医療機関の名称及び所在地

医 師 氏 名

- (※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※2) 現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※3) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。  
なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
- (※4) 可能な限り詳細に記入してください。

様式第七号(第二十二条関係)

医療費支給申請書					
氏名		性別		生年月日	
居住地	郵便番号		電話番号 ( )		
負傷又は疾病の名称		医療に要した費用	円		
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	令和 年 月 日	公費負担者番号			
		公費負担医療の 受給者番号			
当該負傷又は疾病に ついての法第11条の 認定の有無、認定年 月日及び認定番号	有・無 令和 年 月 日	公費負担者番号			
		公費負担医療の 受給者番号			
医療の給付を受ける ことができなかった 理由					
医療を受けた期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 〔入院 日〕 〔入院外 日〕				
医療を受けた機関	名称及び所在地		(指定医療機関・その他)		
	訪問看護ステーション 等の名称及び所在地				
移送等にあつては、その区間等					
支払希望機関	(振込・送金)				
<p>原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第17条の規定により、医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> <p>都道府県知事 殿</p>					

備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。

(A列4番)

様式第八号(第二十六条関係)

一般疾病医療費支給申請書					
氏 名		性別		生年月日	
居 住 地	郵便番号		電話番号 ( )		
負傷又は疾病の名称		医療に要した費用	円		
併用できる医療保険等の種類	健保・国保 (一般退職者) その他( ) 本人・被扶養者	医療に要した費用のうち自己負担額分	円		
被爆者健康手帳の交付年月日及び番号	令和 年 月 日	公費負担者番号			
		公費負担医療の受給者番号			
被爆者一般疾病医療機関から医療を受けることができなかった理由					
医療を受けた期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 〔 入院 〕日 〔 入院外 〕日				
医療を受けた機関	名称及び所在地	(被爆者一般疾病医療機関・その他)			
	訪問看護ステーション等の名称及び所在地				
移送等にあつては、その区間等					
支払希望機関	(振込・送金)				
<p>原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の規定により、一般疾病医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名</p> <p>都道府県知事 殿</p>					

備考 訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療を受けた機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。

(A列4番)

様式第九号（第二十九条関係）

様式第九号(第二十九条関係)

## 医療特別手当認定申請書

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

氏名 (ふりがな)	明治		男・女
	大正 年 月 日生		
居住地	郵便番号	被爆者健康 手帳の番号	
	電話番号 ( )		
※ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日	負傷又は疾病の名称	認定番号	認定年月日
			令和 年 月 日
上記の負傷又は疾病の状態	別紙診断書のとおり		
特別手当受給の有無	有・無	健康管理手当受給の有無	有・無
保健手当受給の有無	有・無		
備考			

添付書類

この申請書には、※の欄に記入した負傷又は疾病についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第12条第1項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書を添えてください。

(A列4番)

様式第十号(第二十九条関係)

## 診 断 書 (医療特別手当用)

氏名、 生年月日 及び居住地	明治・大正・昭和 年 月 日生	男・女	郵便番号 — 電話番号 ( )
認定疾病 の名称(※1)			
認定疾病に関 する現症及び 検査所見			
認定疾病 に対する 治療状況	認定疾病に係る受診状況(いずれかに○)(※2)		
	ア. 定期的に受診し現在治療中 イ. 定期的に受診し経過観察中 ウ. 定期的に受診はしていない		
	認定疾病に対して過去に行った主な治療(手術等) (手術等) (実施時期)		
	現在行っている治療の内容(「認定疾病に係る受診状況」でアに○をつけた場合に記入) 認定疾病自体に対するもの		
	認定疾病の治療によって生じた疾病(後遺症等)に対するもの (疾病名) (治療内容)		
認定疾病以外 に関する 特記事項			
<p>以上のとおり、診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の名称 所在地 医師氏名</p>			

記入上の注意等

(※1) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項又は第24条第2項の認定に係る負傷又は疾病  
(本診断書では「認定疾病」とします。)の名称を記入してください。

(※2) 「定期的に受診」には、本診断書の記載のための受診は含みません。

(A列4番)



様式第十一号（第三十条関係）

（表 面）

		記号		番号	
医 療 特 別 手 当 証 書					
受給権者氏名		明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女	
居 住 地					
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第24 条第2項の認定に係る負傷又は疾病の名称及びそ の認定年月日			令和 年 月 日		
手 当 月 額	金 円	支給開始年月	令和 年 月		
検 認 欄 (健康状況届)	印 令和 年 月 日	印 令和 年 月 日			
<p>上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって、医療特別手当を支給します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事 (広島市長 長崎市長) 印</p>					

(A列4番)

## (裏 面)

- 1 この証書は、あなたが医療特別手当を受ける権利があることを証する書類ですから、大切に保管しておいてください。
  - 2 氏名や居住地を変更したときなどは、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
  - 3 3年目ごとにその年の5月1日から5月31日までに健康状況届にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市又は長崎市長に提出してください。
  - 4 この証書を破ったり、汚したり、又は無くしたりしたときは、新しい証書を交付しますから、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に申請してください。
  - 5 この証書は、他人に譲り渡したり、質に入れたり、これを担保にして他人から金銭等を借りたりすることはできません。
  - 6 受給権者が死亡したときは、遺族の方は、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
-

様式第十二号(第三十二条関係)

## 医療特別手当健康状況届

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地		医療特別手当証書の 記 号 番 号	
※原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第24条第2項の認定に係る負傷又は疾病の名称(原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第32条第2項の規定によりこの届書を提出する場合は、同項各号に掲げる負傷又は疾病に限る。)			
上記の負傷又は疾病の状態		別紙診断書のとおり	

添付書類

この届書には、※の欄に記入した負傷又は疾病についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第12条第1項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書を添えてください。

(A列4番)

様式第十三号(第四十四条関係)

## 特別手当認定申請書

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		明治	男・女
		大正 年 月 日生 昭和	
居 住 地		被爆者健康 手帳の番号	
原子爆弾被 爆者に対する 援護に関する 法律第11条第 1項の認定に 係る負傷又は 疾病の名称、 認定番号及び 認定年月日	負傷又は疾病の名称	認 定 番 号	認 定 年 月 日
			令和 年 月 日
医療特別手当受給の有無	有・無	健康管理手当受給の有無	有・無
保健手当受給の有無	有・無		
備 考			

(A列4番)

様式第十四号(第四十五条関係)

(表 面)

		記号	番号
特 別 手 当 証 書			
受給権者氏名		明治 大正      年   月   日生 昭和	男・女
居 住 地			
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第25 条第2項の認定年月日		令和      年   月   日	
手当月額	金      円	支 給 開 始 年 月	令和      年      月
<p>上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって、特別手当を支給 します。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事</p> <p style="text-align: right;">(広島市長 長崎市長)      印</p>			

(A列4番)

## (裏 面)

- 1 この証書は、あなたが特別手当を受ける権利があることを証する書類ですから、大切に保管しておいてください。
  - 2 氏名や居住地を変更したときなどは、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
  - 3 この証書を破ったり、汚したり、又は無くしたりしたときは、新しい証書を交付しますから、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に申請してください。
  - 4 この証書は、他人に譲り渡したり、質に入れたり、これを担保にして他人から金銭等を借りたりすることはできません。
  - 5 受給権者が死亡したときは、遺族の方は、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
-

## 様式第十五号（第四十八条関係）

様式第十五号(第四十八条関係)

## 原子爆弾小頭症手当認定申請書

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名			昭和 年 月 日生		男・女
居 住 地			被爆者健康 手帳の番号		
※1 原子爆 弾被爆者に対 する援護に関 する法律第11 条第1項の認 定の有無	有・無	※2 左の欄 の認定に係る	負傷又は疾 病の名称	認定番号	認 定 年 月 日
		負傷又は疾病 の名称、認定 番号及び認定 年月日			令 和 年 月 日
健康管理手当の受給の有無	有・無	保健手当受給の有無		有・無	
小頭症の病状	別紙診断書のとおり				
備 考					

記入上の注意

※2の欄は、※1の欄の有に○印を付けた場合に記入してください。

添付書類

この申請書には、小頭症の病状についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第12条第1項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書を添えてください。

ただし※2の欄に記入した負傷又は疾病の名称が小頭症又は近距離早期胎内被爆症候群である場合は、診断書を添える必要はありません。

(A列4番)

様式第十六号(第四十八条関係)

診断書(原子爆弾小頭症手当用)

氏名		昭和 年 月 日生	男・女
居住地			
小頭症の病状の有無	有・無		
小頭症の病状が原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見			
出生時の状況	生児在胎週数	出生時体重	
	満 週	g	
既往歴	て ん か ん	そ の 他	
発育遅延の状況			



現 症	身長	cm	体重	kg	頭 囲	cm	
	変 質	頭 部					
		眼 部					
		皮 膚					
	徴 候	脊 椎					
		四 肢					
	生活適応能力						
	その他の所見						
	その他特記すべき 事 項						
	小頭症による精神 上又は身体上の障 害が、日常生活が 著しい制限を受け るか、又は日常生 活に著しい制限を 加えることを必要 とする程度の状態 の障害であるかど うかについての意 見						

以上のとおり、診断します。

令和 年 月 日

医療機関の名称  
所在地  
医師氏名

(A列4番)

様式第十七号(第四十九条関係)

(表 面)

		記号	番号
原子爆弾小頭症手当証書			
受給権者氏名		昭和 年 月 日生	男・女
居 住 地			
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第26条第2項の認定年月日	令和 年 月 日		
手当月額	金 円	支給開始年月	令和 年 月

上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって、原子爆弾小頭症手当を支給します。

令和 年 月 日

都道府県知事 印

(広島市長 長崎市長)

(A列4番)

(裏 面)

- 1 この証書は、あなたが原子爆弾小頭症手当を受ける権利があることを証する書類ですから、大切に保管しておいてください。
- 2 氏名や居住地を変更したときなどは、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
- 3 この証書を破ったり、汚したり、又は無くしたりしたときは、新しい証書を交付しますから、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に申請してください。
- 4 この証書は、他人に譲り渡したり、質に入れたり、これを担保にして他人から金銭等を借りたりすることはできません。
- 5 受給権者が死亡したときは、遺族の方は、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。

様式第十八号(第五十二条関係)

## 健康管理手当認定申請書

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地	郵便番号 電話番号 ( )	被爆者健康 手帳の番号	
医療特別手当受給の有無	有・無	特別手当受給の有無	有・無
原子爆弾小頭症手当受給の有無	有・無	保健手当受給の有無	有・無
※ 原子爆弾被爆者に対する援護 に関する法律第27条第1項に 規定する障害を伴う疾病につ いて	障 害 名	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害 5 脳血管障害 6 循環器機能障害	7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視 機能障害 9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機 能障害
	疾 病 名		
備考			

記入上の注意

※の欄は該当するものに○印を付けてください。

添付書類

この申請書には、※の欄に記入した疾病についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書を添えてください。

(A列4番)

様式第十九号（一）（第五十二条関係）

様式第十九号（一）（第五十二条関係）

（表 面）  
診断書(健康管理手当用)

氏 名				明治 大正 昭和	年 月 日	男・女		
居 住 地								
※1 障害の種類	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害	5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害	9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害					
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称								
上記の疾病が、感染症、寄生虫病、先天異常、中毒等である場合又は労働災害、不慮の事故によるものである場合等原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見								
※2の欄の疾病に係る病状が固定化しているかどうかについての意見	1 固定化している 2 固定化していない(※2の欄の疾病により今後医療を必要とする期間は、 年 月間の見込み)							
※3 現 症	理学的検査	心 音						
		肺 野						
		腹 部						
		運 動 器						
	血 液 査 査	(末梢血液)						
		血色素量	g/dl	赤血球数	×10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	網赤血球	%	
		白血球数	/mm <sup>3</sup>	病的細胞	%	血小板数	×10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	
		血 清 鉄	μg/dl	血清カルシウム	mg/dl			
	年 月 日	(骨髄)						
		有核細胞数	×10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	巨核球数	/mm <sup>3</sup>	リンパ球	%	
		E / M						
	肝 機 能 査 査	血清総蛋白	g/dl	AST	IU/l	γ-GTP	IU/l	
		A/G比		ALT	IU/l			
		ビリルビン	mg/dl	LDH	IU/l	ICG(15分値)	%	
	臨 床 病 理 学 的 査 査	ヘモグロビンA1c	%					
		尿 査 査 (年月日)	混 濁				たん 蛋 白	1 陽性 2 陰性
			糖	1 陽性	2 陰性	ウロビリノーゲン	1 増加 2 正常 3 減少	
		糞便潜血反応検査(年月日)	( 法 )		1 陽性	2 陰性		
		腎 機 能 査 査 (年月日)	PSP (15分値)	%	濃縮試験最高尿比重			
		基 礎 代 謝 測 定 (年月日)						
血 糖 測 定 (年月日)		空腹時	mg/dl	糖負荷試験 (g)	負荷前 mg/dl	後60分 mg/dl	後120分 mg/dl	
肺 機 能 査 査 (年月日)		肺活量	CC	一 秒 率	%			
組 織 病 理 診 断 (年月日)		(組織名)						
血 圧 測 定 (年月日)		最大	mmHg		最小	mmHg		
X 線 査 査	胸部(年月日)	(肺又は心臓)		腹部(年月日)	運動器(年月日)			
								
	心 電 図 (年月日)	ST変化	T 変化	不整脈	その他			
	内視鏡検査(年月日)	(組織名)						
	眼 査 査 日 科 査 査 年 学 的 月	水晶体混濁の有無	1 有 2 無	視 力	右( )	左( )		
水晶体混濁の性状								
水晶体混濁の発生に関し 特記すべき事項								
神 經 機 能 査 査 (年月日)	四肢の麻痺	1 有 2 無	言語障害	1 有 2 無	その他			
そ の 他 特 記 す べ き 事 項								
以上のとおり、診断します。 令和 年 月 日								
医療機関の名称 所在地 医師氏名								

(A列4番)

## (裏 面)

## 記入上の注意

- 1 この診断書は、健康管理手当の受給資格の認定について、厚生労働省令で定める障害(※1の欄の障害)を伴う疾病にかかっているかどうかを証明するものであり、当該疾病が原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合は健康管理手当は支給されません。
- 2 健康管理手当に係る障害は、通例、日常生活において何らかの支障を生ずる程度のものであり、対象疾病は、次に掲げるものです。
  - (1) 造血機能障害を伴う疾病(再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血がその主なものです。)
  - (2) 肝臓機能障害を伴う疾病(肝硬変がその主なものです。)
  - (3) 細胞増殖機能障害を伴う疾病(悪性新生物がその主なものです。)
  - (4) 内分泌腺機能障害を伴う疾病(糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症がその主なものです。)
  - (5) 脳血管障害を伴う疾病(くも膜下出血、脳出血、脳梗塞がその主なものです。)
  - (6) 循環器機能障害を伴う疾病(高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患がその主なものです。)
  - (7) 腎臓機能障害を伴う疾病(ネフローゼ症候群、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎がその主なものです。)
  - (8) 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病(白内障のことです。)
  - (9) 呼吸器機能障害を伴う疾病(肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症がその主なものです。)
  - (10) 運動器機能障害を伴う疾病(変形性関節症、変形性脊椎症がその主なものです。)
  - (11) 潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病(胃潰瘍、十二指腸潰瘍がその主なものです。)
- 3 ※3の欄には、※2の欄に記入した疾病の状態を最もよく表している検査結果を詳しく記入してください。

備考 健康管理手当の受給資格の認定申請を初めて行う場合に必ず使用すること。

様式第十九号（二）（第五十二条関係）

（表 面）

## 診断書(健康管理手当用)

氏 名		明治 大正 昭和	年 月 日	男・女
居 住 地				
原子爆弾被爆者に対する 援護に関する法律第27条 第2項の認定に係る障害 の種類 (*1)	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害 5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 腎臓機能障害	8 水晶体混濁による視機能 障害 9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障 害		
上記(*1)の障害を伴う 疾病の名称 (*2)				
上記(*2)の疾病に係る 病状が固定化しているか どうかについての意見 (*3)	1 固定化している 2 固定化していない(*2の欄の疾病により今後医療を必要と する期間は、 年 月間の見込み)			
上記(*2)及び(*3)の疾 病の状態と判断するに足 る所見・データ及び今後 の治療方針等				
以上のとおり、診断します。 令和 年 月 日				
医療機関の名称 所在地 医師氏名				

\*裏面の注意事項をご覧の上記入して下さい。

(A列4番)

## (裏 面)

## 記入上の注意

- 1 この診断書は、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第27条第2項の規定に基づき、下記2に記載する疾病のいずれかにより現に認定を受けている方が申請を行う場合に提出していただくものです。
- 2 この診断書の対象疾病は、次に掲げるものです。
  - (1) 造血機能障害を伴う疾病(再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血がその主なものです。)
  - (2) 肝臓機能障害を伴う疾病(肝硬変がその主なものです。)
  - (3) 細胞増殖機能障害を伴う疾病(悪性新生物がその主なものです。)
  - (4) 内分泌腺機能障害を伴う疾病(糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症がその主なものです。)
  - (5) 脳血管障害を伴う疾病(くも膜下出血、脳出血、脳梗塞がその主なものです。)
  - (6) 循環器機能障害を伴う疾病(高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患がその主なものです。)
  - (7) 腎臓機能障害を伴う疾病(ネフローゼ症候群、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎がその主なものです。)
  - (8) 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病(白内障のことです。)
  - (9) 呼吸器機能障害を伴う疾病(肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症がその主なものです。)
  - (10) 運動器機能障害を伴う疾病(変形性関節症、変形性脊椎症がその主なものです。)
  - (11) 潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病(胃潰瘍、十二指腸潰瘍がその主なものです。)

備考 健康管理手当の受給資格について、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第27条第2項の規定に基づき、都道府県知事の認定を受けていない場合は、この様式は使用しないこと。



様式第二十号(第五十三条関係)

(表 面)

			記号	番号
健康管理手当証書				
受給権者氏名		明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
居 住 地				
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 第27条第2項の認定に係る負傷又は疾病の 名称及び認定年月日		令和 年 月 日		
手当月額	金 円	支給期間	1 令和 年 月から令和 年 月まで 2 令和 年 月から終身	
<p>上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって、健康管理手当を支給します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">都道府県知事</p> <p style="text-align: right;">(広島市長 長崎市長) <span style="float: right;">印</span></p>				

(A列4番)

## (裏 面)

- 1 この証書は、あなたが健康管理手当の支給を受ける権利があることを証する書類ですから、大切に保管しておいてください。
  - 2 氏名や居住地を変更したときなどは、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
  - 3 この証書を破ったり、汚したり、又は無くしたりしたときは、新しい証書を交付しますから、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に申請してください。
  - 4 この証書は、他人に譲り渡したり、質に入れたり、これを担保にして他人から金銭等を借りたりすることはできません。
  - 5 この手当を受ける資格が無くなったときは、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
  - 6 受給権者が死亡したときは、遺族の方は、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
-

様式第二十一号（第五十六条関係）

（表 面）

## 保 健 手 当 認 定 申 請 書

都道府県知事

殿

（広島市長 長崎市長）

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地	郵便番号 電話番号 ( )	被爆者健康 手帳の番号	
医療特別手当受給の有無	有・無	特別手当受給の有無	有・無
原子爆弾小頭症手当受給の有無	有・無	健康管理手当受給の有無	有・無
※ 原子爆弾被爆者に対する援護 に関する法律第28条第3項各号のい ずれかに該当する場合はその理由	1 身体上の障害がある者		
	2 配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の 者であって、その者と同居している者がいないも の		
備 考			

(A列4番)

## (裏面)

## 記入上の注意

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項第1号又は第2号に該当すると  
して申請をする場合には、※の欄の該当するものに○印を付けてください。

## 添付書類

この申請書には、次の書類を添えてください。

- (1) ※の欄の1に○印を付けた場合は、身体上の障害についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書
  - (2) ※の欄の2に○印を付けた場合は、次のイからハまでの書類
    - イ 申請者の戸籍の謄本又は抄本
    - ロ 申請者の子及び孫の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本
    - ハ 申請者と同居している者がいないことを明らかにすることができる書類
  - (3) その者が爆心地から2キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書類  
(当該書類が無い場合においては、当該事実についての申立書)
-

様式第二十二号(第五十六条関係)

(表 面)

診 断 書 ( 保 健 手 当 用 )

氏 名					明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地						
障害の原因となった 負傷又は疾病の名称						
上記の負傷又は疾病が原子爆弾の傷 害作用の影響によるものでないこと が明らかである場合はその旨の意見						
※1 身 体 上 の 障 害 の 状 態	視力	右( )	聴力	聴力レベル	右 デシベル	体 幹 機 能 障 害
		左( )			左 デシベル	その他の運 動機能障害
		平衡機能障害				内部障害
		音声言語機能 障 害				
		上肢の状態				
	手指の状態				頭部、顔 部位	

	下肢の状態		面等の醜状	状態	
※2 上記の障害の状態が原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則別表第1に定める程度の身体上の障害であるかどうかについての意見			1 別表第1第( )号に該当する 2 別表第1に該当しない		
上記の障害が固定しているかどうかについての意見			1 固定している 2 固定していない		
以上のおおりに、診断します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">             医療機関の名称              所在地              医師氏名           </div>					

## 記入上の注意

- 1 ※1の欄は、障害の状態を明らかにするために必要な所見を記入してください。
- 2 ※2の欄の別表第1については、裏面を参照してください。  
 なお、この欄は、1又は2のいずれかに○印を付けてください。

(A列4番)

## (裏 面)

## 別表第1

- 1 両眼の視力の和が0.08以下のもの
  - 2 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)
  - 3 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの
  - 4 音声機能、言語機能又はそしゃく機能を喪失したもの
  - 5 両上肢のおや指及びびひとさし指を欠くもの
  - 6 両上肢のおや指及びびひとさし指の機能に著しい障害を有するもの
  - 7 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 8 一上肢のすべての指を欠くもの
  - 9 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
  - 10 両下肢をショーパー関節以上で欠くもの
  - 11 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 12 一下肢の大腿の2分の1以上で欠くもの
  - 13 一下肢の機能を全廃したもの
  - 14 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの
  - 15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、家庭内での日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内での日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
  - 16 身体の機能の障害又は病状が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの
  - 17 頭部、顔面等に日常生活を営むのに著しい制限を受ける程度の醜状を残すもの
- 備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

様式第二十三号(第五十七条関係)

(表 面)

				記号	番号
保 健 手 当 証 書					
受給権者氏名		明治 大正 年 月 日生 昭和		男・女	
居 住 地					
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第2項の認定年月日		令和		年	月 日
※原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項ただし書の認定年月日、本人が該当する同項の号及び当該認定に係る身体上の障害の状態		令和		年	月 日
	1 第1号該当	イ 身体上の障害が固定している ロ 身体上の障害が固定していない			
	2 第2号該当				
手 当 月 額	金 円	支 給 開 始 年 月	令和	年	月
手 当 月 額	金 円	改 定 年 月	令和	年	月
上記のとおり、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律によって、保健手当を支給します。					
令和 年 月 日					
都道府県知事					印
(広島市長 長崎市長)					

(A列4番)



## (裏 面)

- 1 この証書は、あなたが保健手当の支給を受ける権利があることを証する書類ですから、大切に保管しておいてください。
- 2 氏名や居住地を変更したときなどは、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。
- 3 毎年5月1日から5月31日までに、現況届にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。ただし、※の欄の1のイに該当する場合は、現況届を提出する必要はありません。
- 4 この証書を破ったり、汚したり、又は無くしたりしたときは、新しい証書を交付しますから、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に申請してください。
- 5 この証書は、他人に譲り渡したり、質に入れたり、これを担保にして他人から金銭等を借りたりすることはできません。
- 6 受給権者が死亡したときは、遺族の方は、届書にこの証書を添えて、都道府県知事、広島市長又は長崎市長に提出してください。

様式第二十四号(第五十八条関係)

## 保健手当額改定申請書

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏名		明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
居住地	郵便番号 電話番号 ( )	保健手当証書 の記号番号		
※原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項各号のいずれかに該当する理由		1 身体上の障害がある者		
		2 配偶者、子及び孫のいずれもない70歳以上の者であって、その者と同居している者がいないもの		
備考				

## 添付書類

この申請書には、次の書類を添えてください。

- 1 ※の欄の1に○印を付けた場合は、身体上の障害についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書
- 2 ※の欄の2に○印を付けた場合は、次のイからハまでの書類
  - イ 申請書の戸籍の謄本又は抄本
  - ロ 申請書の子及び孫の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本
  - ハ 申請者と同居している者がいないことを明らかにすることができる書類
- 3 保健手当証書

(A列4番)

様式第二十五号（第六十条関係）

## 保 健 手 当 現 況 届

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地		保健手当証書 の記号番号	
※原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項各号のいずれかに該当する理由		1 身体上の障害がある者	
		2 配偶者、子及び孫のいずれもない70歳以上の者であって、その者と同居している者がいないもの	

記入上の注意

※の欄は1又は2のいずれかに○印を付けてください。

添付書類

この届書には、次の書類を添えてください。

- ※の欄の1に○印を付けた場合は、身体上の障害についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書
- ※の欄の2に○印を付けた場合は、本人と同居している者がいないことを明らかにすることができる書類

(A列4番)

様式第二十六号（第六十五条関係）

（表 面）

介護手当支給申請書（令和 年 月分）

都道府県知事

殿

（広島市長 長崎市長）

令和 年 月 日提出

（ふりがな） 氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
居 住 地	郵便番号 電話番号 （ ）	被爆者健康手帳の番号			
申 請 額	金 円	費用を支出して介護 を受けた日数	日	介護に要する費用として 支出した費用の額	円
介護を必要とする障 害の状態	別紙診断書のとおり				
介護を受けた場所	1 自 宅 2 そ の 他 [ 名 称 所在地 ]				
介 護 に 従 事 し た 者	名称又は氏名	所在地又は住所	本 人 と の 続 柄 (親族のみ)	区 分	
				1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 □ 別居) 3 その他 ( )	
				1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 □ 別居) 3 その他 ( )	
				1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 □ 別居) 3 その他 ( )	
備考					

(A列4番)

## (裏 面)

## 記入上の注意

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第31条ただし書に規定する重度の障害者は、費用を支出して介護を受けた日が無い場合でも介護手当の支給を受けることができます。この場合には、費用を支出して介護を受けた日数の欄及び介護に要する費用として支出した費用の額の欄には0と記入してください。

## 添付書類

この申請書には、次の書類を添えてください。

- 1 介護を必要とする障害についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書
- 2 費用を支出して介護を受けた日数及び当該支出した費用の額を証する書類(重度の障害者が費用を支出して介護を受けた日がない月分の介護手当の支給を申請する場合にあっては、その者の介護に従事した者の当該介護の事実についての申立書)

様式第二十七号(第六十五条関係)

(表 面)  
診 断 書 ( 介 護 手 当 用 )

氏 名					明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女	
居 住 地							
障害の原因となった負傷又は疾病の名称							
上記の負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見							
※1 障 害 の 状 態	視 力	右( )	聴力	聴力レベル	右 デシベル	※2 日 常 生 活 の 状 態	精 神 障 害
		左( )			左 デシベル		内 部 障 害
	平 衡 機 能 障 害						食 事
	音 声 言 語 機 能 障 害						排 便
	上肢の状態						歩 行
	手指の状態						入 浴 洗 顔 洗 髪
	下肢の状態						そ の 他
	体 幹 機 能 障 害						
	その他の運 動機能障害						

※3 上記の障害の状態が原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則別表第2又は別表第3に定める程度の精神上又は身体上の障害であるかどうかについての意見	1 別表第2( )号に該当する 2 別表第3( )号に該当する 3 別表第2に該当しない
※4 要介護状態についての判断	1介護を要する 2介護を要しない
<p>以上のとおり、診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>所在地</p> <p>医師氏名</p>	

記入上の注意

- 1 ※1の欄は、障害の状態を明らかにするために必要な所見を記入してください。
- 2 ※2及び※4の欄は、補助用具を使用している者については、これを使用した場合の状態について記入してください。
- 3 ※3の欄の別表第2及び別表第3については、裏面を参照してください。  
 なお、この欄は、1から3までのいずれか1つに○印を付けてください。

(A列4番)

## (裏 面)

## 別表第2

- 1 両眼の視力の和が0.08以下のもの
- 2 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)
- 3 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの
- 4 音声機能、言語機能又はそしゃく機能を喪失したもの
- 5 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
- 6 両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有するもの
- 7 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 8 一上肢のすべての指を欠くもの
- 9 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
- 10 両下肢をショーパー関節以上で欠くもの
- 11 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
- 12 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの
- 13 一下肢の機能を全廃したもの
- 14 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの
- 15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、家庭内での日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内での日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
- 16 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- 17 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

## 別表第3

- 1 両眼の視力の和が0.02以下のもの
- 2 両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のもの
- 3 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 4 両上肢のすべての指を欠くもの
- 5 両下肢の用を全く廃したもの
- 6 両大腿を2分の1以上失ったもの



- 7 体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの
- 8 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
- 9 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- 10 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

---

様式第二十八号(第六十五条関係)

## 介護手当継続支給申請書

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
居 住 地	郵便番号 電話番号 ( )	被爆者健康手帳の番号			
介護を受ける場所	1 自 宅 2 そ の 他 ( 名 称 所在地 )				
介 護 に 従 事 す る 者	名称又は氏名	所在地又は住所	本 人 と の 続 柄 (親族のみ)	区 分	
				1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 ロ 別居) 3 その他 ( )	
				1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 ロ 別居) 3 その他 ( )	
				1 介護サービス事業者 2 親 族 (イ 同居 ロ 別居) 3 その他 ( )	
備考					

(A列4番)

## 様式第二十九号（第七十一条関係）

様式第二十九号(第七十一条関係)

## 葬 祭 料 支 給 申 請 書

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		死亡した被爆者 との続柄	
居 住 地	〒	電話番号	( )
申請者が葬祭 を行う年月日 又は行った年 月日	令和 年 月 日		
死 亡 し た 被 爆 者	氏 名		明治 大正 年 月 日生 昭和
	死亡の際の 居住地		
	被爆者健康 手帳の番号		
	死亡年月日	令和 年 月 日	
	死亡した場 所		
	死亡した原 因	別紙死亡診断書又は死体検案書のとおり	
	遺族の有無	有(1 配偶者 2 子 3 父母 4 孫 5 祖父母 6 兄弟姉妹) ・ 無 ・ 不明	

添付書類

この申請書には、死亡診断書又は死体検案書を添えてください。

(A列4番)

様式第三十号(第七十二条関係)

(表 面)

## 特別葬祭給付金請求書

都道府県知事

殿

(広島市長 長崎市長)

令和 年 月 日提出

請 求 者	ふりがな		被爆者健康手	明治	男 ・ 女
	氏 名		帳の番号 —	大正 年 月 日生 昭和	
	住 所	郵便番号			電話番号 ( ) —
	連絡先(職場等)	電話番号( ) —			

[配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹に当たる死亡者(原爆死没者)を記入してください。]

※のついた記入欄には、広島市又は長崎市については、市の名前を記入してください。

死 亡 者	ふりがな		被爆者健康手	明治	男 ・ 女
	氏 名		帳の有無 有・無・不明	大正 年 月 日生 昭和	
	ふりがな		請求者 との 続 柄	死 亡 年月日	昭和 年 月 日
	被爆した 場 所	広島・長崎	死亡時に居住 していた都道 府県名※	手帳取得から死 亡までに居住し た都道府県名※	

ふりがな			被爆者健康手帳の有無	明治	男 ・ 女
氏名			有・無・不明	大正 年 月 日生 昭和	
ふりがな			請求者	死亡 年月日	昭和 年 月 日
被爆時の氏名			続柄		
被爆した場所	広島・長崎	死亡時に居住していた都道府県名※		手帳取得から死亡までに居住した都道府県名※	
ふりがな			被爆者健康手帳の有無	明治	男 ・ 女
氏名			有・無・不明	大正 年 月 日生 昭和	
ふりがな			請求者	死亡 年月日	昭和 年 月 日
被爆時の氏名			続柄		
被爆した場所	広島・長崎	死亡時に居住していた都道府県名※		手帳取得から死亡までに居住した都道府県名※	

(裏面)

代理人等	ふりがな			区分	代理人・成年後見人等
	氏名				
	住所	郵便番号		電話番号 (        ) —	
	連絡先(職場等)	電話番号(        )        —			
国債の受領を都道府県知事又は広島・長崎市長に委任した場合はその都道府県知事名又は市長名					
国債受領希望取扱店名					
ふりがな					
国債の償還金の希望支払場所					

(A列4番)

## 記入上の注意

- 1 被爆時と死亡時の氏名が異なる死亡者については、「死亡者」の欄中の「被爆時の氏名」の欄に、死亡時の氏名のほかに、被爆時の氏名を記入してください。
- 2 「被爆した場所」の欄は、広島、長崎のいずれかに○をつけてください。
- 3 「手帳取得から死亡までに居住した都道府県名」の欄は、請求者の方がわかる範囲で記入してください。
- 4 「代理人等」の欄は、「請求者」の欄の方が次のいずれかに該当する場合のみ記入してください。
  - (1) 国債の償還金等の受領の際に国外に居住することになるため、その受領を国内居住者に委任するとき(代理人)。

(2) 成年被後見人、被保佐人、被補助人又は任意後見契約における本人のためにそれぞれ成年後見人、保佐人、補助人又は任意後見契約における任意後見人が代わって請求するとき(成年後見人等)。

5 「国債受領希望取扱店名」の欄は、国債の受領を都道府県知事又は広島・長崎市長に委任した場合には記載しないでください。

6 「国債の償還金の希望支払場所」の欄には、最寄りの郵便局(簡易郵便局を除く。)又は日本銀行の本店、支店又は代理店若しくは国債代理店のうちから、一カ所希望する局又は店名を記入してください。

なお、希望する店舗が日本銀行の代理店又は国債代理店であるかどうか、確認の上記入してください。

---

様式第三十一号(第七十三条関係)

## 特別葬祭給付金認定通知書

下記のとおり認定したので通知します。

令和 年 月 日

都道府県知事



(広島市長 長崎市長)

根拠法	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律		
給付金の種類	特別葬祭給付金		
国債の名称			
券面の種別	10万円券	国債の記号	号
住所			
氏名			
生年月日	年 月 日生		

注意 国債を受領するときは、この通知書を提示してください。

なお、国債が交付されるまで、事務手続上多少時間がかかりますので御承知ください。

(A列4番)



様式第三十二号(附則第二条関係)

## 第一種健康診断受診者証交付申請書

本籍地

郵便番号

居住地

電話番号（ ）

ふりがな  
氏名

年 月 日生

都道府県知事(市長)

殿

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則附則第2条第3項の規定により、第一種健康診断受診者証を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

(A列4番)

様式第三十二号の二(附則第二条関係)

第二種健康診断受診者証交付申請書

本 籍 地

郵便番号

居 住 地

電話番号 ( )

ふりがな  
氏 名

年 月 日生

都道府県知事(市長) 殿

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則附則第2条第3項の規定により、  
第二種健康診断受診者証を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

様式第三十三号(附則第二条関係)

(表 紙)

番号 _____
第一種健康診断受診者証
氏 名 _____

(1ページ)

第 号

都 道 府 県 (市)

都道府県  
知事(市長)  
印

ふりがな 氏 名		男 ・ 女	明治 大正 年 月 日生 昭和
原子爆弾 が投下さ れた時の 年 齢	満 歳		
居 住 地 (現在地)	都道 府県	区市 郡	町 村 番地
交 付 年 月 日	令 和 年 月 日		

(2ページ)

原子爆弾が 投下された 時の所在地	郡	村
原子爆弾が 投下された 当時の外傷、 熱傷の状況	爆心地から	・ キロメートル
原子爆弾が 投下された 当時の急性 症状 〔おおむね6 か月以内〕		
過去の健康 状態とかか った主な傷 病名及び時 期		

(3ページ)

一 般 検 査	検査年月日		年 月 日				年 月 日				
	項目										
	白血球数		/mm <sup>3</sup>				/mm <sup>3</sup>				
	赤血球数		×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>				×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>				
	ヘモグロビン		g/dl				g/dl				
	ヘマトクリット		%				%				
	ヘモグロビンA1c		%				%				
	肝臓機能検査		AST	IU/l	ALT	IU/l	AST	IU/l	ALT	IU/l	
			γ-GTP		IU/l		γ-GTP		IU/l		
	C R P		mg/dl				mg/dl				
	尿	蛋白質		陽性・陰性				陽性・陰性			
		糖		陽性・陰性				陽性・陰性			
		ウロビリノーゲン		増加・正常・減少				増加・正常・減少			
		潜血		陽性・陰性				陽性・陰性			
血	圧 値		最大	mmHg		最大	mmHg				
			最小	mmHg		最小	mmHg				
	判定		異常認めず・要精密検査				異常認めず・要精密検査				
医療機関の名称											
精 密 検 査	検査年月日		年 月 日				年 月 日				
	項目										
	異常の有無		有・無				有・無				
	検査方法の名称 (異常を認めたもの)及び診断名										
	治療の要否		要 [入院]・否				要 [入院]・否				
医療機関の名称											

(4ページ)

胃 が 一 般 検 査  精 密 検 査	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	医療機関の名称			

胃 が 一 般 検 査  精 密 検 査	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	医療機関の名称			

(5ページ)

肺 が 一 般 検 査  精 密 検 査	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	医療機関の名称			
	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	医療機関の名称			
	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	
医療機関の名称				
検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
医療機関の名称				



(6ページ)

乳 が 般 人 検 査 精 密 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
乳 が 般 人 検 査 精 密 検 査	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			
	検査年月日	年月日	年月日	年月日

(7ページ)

子 宮 が ん 検 査		検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一 般	判 定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	検 査	子宮体がん検診	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施
		医療機関の名称			
	精 密 検 査	検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		医療機関の名称			

子 宮 が ん 検 査		検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一 般	判 定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査
	検 査	子宮体がん検診	実施・未実施	実施・未実施	実施・未実施
		医療機関の名称			
	精 密 検 査	検 査 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		医療機関の名称			

(8ページ)

大腸がん検査	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一 判 定	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査
	医療機関の名称			
	精 密 検 査	検査年月日	年 月 日	年 月 日
	医療機関の名称			

大腸がん検査	検査年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	一 判 定	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査
	医療機関の名称			
	精 密 検 査	検査年月日	年 月 日	年 月 日
	医療機関の名称			

(9ページ)

多 発 性 骨 腫 瘍 診	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	医療機関の名称			
	精密検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			

多 発 性 骨 腫 瘍 診	検査年月日	年月日	年月日	年月日
	一般判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	医療機関の名称			
	精密検査年月日	年月日	年月日	年月日
	医療機関の名称			

(10ページ)

## この受診者証について

- 1 健康診断を受けるときは、この受診者証を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 この受診者証では、治療は受けられません。
- 3 住所や氏名が変わったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 4 この受診者証は、無くさないように大切にお持ちください。もし、無くしたり、使用できないようになったときは、再交付を申請してください。
- 5 記載すべき余白が無くなったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 6 この受診者証は、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

(A列6番)

〔注 3ページから9ページまでの各ページについては、必要に応じ、適宜増やして差し支えない。〕

様式第三十三号の二（附則第二条関係）

（表 紙）

番号 _____
第 二 種 健 康 診 断 受 診 者 証
氏 名 _____

(1ページ)

第 号

都 道 府 県 (市)

都 道 府 県  
知 事 (市 長)  
印

ふりがな		男	明治
氏 名		女	大正 年 月 日生 昭和
原子爆弾 が投下さ れた時の 年 齢	満 歳		
居 住 地 (現在地)			
交 付 年 月 日	令和 年 月 日		
原子爆弾 が投下さ れた時の 所在地	郡 村 爆心地から キロメートル		

検査年月日		年 月 日				年 月 日			
		年 月 日				年 月 日			
一般検査	項目								
	白血球数	/mm <sup>3</sup>				/mm <sup>3</sup>			
	赤血球数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>				×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>			
	ヘモグロビン	g/dl				g/dl			
	ヘマトクリット	%				%			
	ヘモグロビンA1c	%				%			
	肝臓機能検査	AST	IU/l	ALT	IU/l	AST	IU/l	ALT	IU/l
		γ-GTP	IU/l			γ-GTP	IU/l		
	C R P	mg/dl				mg/dl			
	尿	蛋白質	陽性・陰性				陽性・陰性		
糖		陽性・陰性				陽性・陰性			
ウロビリノーゲン		増加・正常・減少				増加・正常・減少			
潜血		陽性・陰性				陽性・陰性			
血圧値	最大	mmHg			最大	mmHg			
	最小	mmHg			最小	mmHg			
判定	異常認めず・要精密検査				異常認めず・要精密検査				
医療機関の名称									



(3ページ)

## この受診者証について

- 1 第二種健康診断を受けるときは、この受診者証を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 この受診者証では、治療は受けられません。
- 3 住所や氏名が変わったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 4 この受診者証は、無くさないように大切にお持ち下さい。もし、無くしたり、使用できないようになったときは、再交付を申請してください。
- 5 記載すべき余白が無くなったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 6 この受診者証は、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

(A列6番)

〔注 2ページについては、必要に応じ、適宜増やして差し支えない。〕





**別表第一（第五十五条関係）**

- 一 両眼の視力の和が〇・〇八以下のもの
  - 二 両耳の聴力レベルが九〇デシベル以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）
  - 三 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの
  - 四 音声機能、言語機能又はそしゃく機能を喪失したもの
  - 五 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
  - 六 両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有するもの
  - 七 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 八 一上肢のすべての指を欠くもの
  - 九 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
  - 十 両下肢をショパール関節以上で欠くもの
  - 十一 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 十二 一下肢の大腿の二分の一以上で欠くもの
  - 十三 一下肢の機能を全廃したもの
  - 十四 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの
  - 十五 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、家庭内の日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内の日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
  - 十六 身体の機能の障害又は病状が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの
  - 十七 頭部、顔面等に日常生活を営むのに著しい制限を受ける程度の醜状を残すもの
- 備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

**別表第二（第六十四条、第六十五条関係）**

- 一 両眼の視力の和が〇・〇八以下のもの
  - 二 両耳の聴力レベルが九〇デシベル以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）
  - 三 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの
  - 四 音声機能、言語機能又はそしゃく機能を喪失したもの
  - 五 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
  - 六 両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有するもの
  - 七 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 八 一上肢のすべての指を欠くもの
  - 九 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
  - 十 両下肢をショパール関節以上で欠くもの
  - 十一 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 十二 一下肢を大腿の二分の一以上で欠くもの
  - 十三 一下肢の機能を全廃したもの
  - 十四 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの
  - 十五 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、家庭内の日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内の日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
  - 十六 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
  - 十七 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの
- 備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

**別表第三（第六十五条、第六十六条関係）**

- 一 両眼の視力の和が〇・〇二以下のもの
  - 二 両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のもの
  - 三 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
  - 四 両上肢のすべての指を欠くもの
  - 五 両下肢の用を全く廃したもの
  - 六 両大腿を二分の一以上失ったもの
  - 七 体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの
  - 八 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
  - 九 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
  - 十 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- 備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。