

死 亡 届

熊本県知事 様

年 月 日

下記のとおり死亡しましたので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第8条、第41条、第46条、第50条、第54条、第63条、第70条、附則第5条の規定により、届出をし、書類を返還します。

届 出 者	ふりがな		死亡した 被爆者との 続柄	
	氏 名			
	居住地	〒 居住地 電話番号(自宅) (携帯)		

死 亡 し た 被 爆 者	ふりがな		手帳番号(記号 番号)又は受診 者証番号	
	氏 名			
	死亡の際の 居住地			
	死亡年月日	年 月 日		
	手当受給の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 医療特別手当 <input type="checkbox"/> 特別手当 <input type="checkbox"/> 原子爆弾小頭症 <input type="checkbox"/> 健康管理手当 <input type="checkbox"/> 保健手当 <input type="checkbox"/> 介護手当		
	厚生労働大臣 の認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (認定番号 :)		

返還する書類	(返還できない場合は、その理由)
<input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳	
<input type="checkbox"/> 手当証書(手当受給者)	
<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣の認定書 (厚生労働大臣の認定が「有」のとき)	
<input type="checkbox"/> 第一種健康診断受診者証	
<input type="checkbox"/> 第二種健康診断受診者証	

添付書類： 死亡を証する書類(葬祭料支給申請書に添付してある場合は省略できます。)

注意： この申請書は、居住地を管轄する保健所(居住地が熊本市の場合は県庁健康づくり推進課)に提出してください。