

被爆者死亡届

年 月 日

神奈川県知事殿

届出者 居住地

氏 名

死亡した被爆者との続柄 ()

電話番号 () -

次のとおり届出をし、書類を返還します。

死亡した被爆者	被爆者健康手帳等 (該当するものに○ 印を付けてくださ い。)	被爆者健康手帳（第1号・第2号・第3号・第4号） 第一種健康診断受診証 第二種健康診断受診証	
		番 号	
		交付年月日	年 月 日
	ふ り が な 氏 名		
	死亡の際の居住地		
	死 亡 年 月 日	年 月 日	
	死 亡 し た 原 因		
	受給していた手当	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・保健手当・介護手当 (証書の記号番号) 受給手当なし	
厚生労働大臣の認定の 有 無	認定番号 有 () ・ 無		
葬祭を行う者 (予定者を含みます。)	氏 名		
	居 住 地		
	死亡した受給権者 (支給対象者)との関係		
返還する書類	被爆者健康手帳等	(返還できない場合はその理由)	
	手当証書 (手当受給の場合)		
	厚生労働大臣の認定書 (厚生労働大臣の認定が 「有」の場合)		

添付書類 死亡を証する書類(葬祭料の支給申請が行われた場合は省略することができます。)