

○原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則

改正

(昭和三十三年四月三十日
厚生省令第八号)

昭和三十三年一月三〇日	厚生省令第三十四号	昭和五十一年四月二七日	厚生省令第一四号
同 三十五年八月一日	同 第二十四号	同 五十一年八月二日	同 第三十六号
同 三十六年二月一日	同 第一号	同 五十一年八月七日	同 第三十七号
同 三十六年八月一日	同 第三十五号	同 五十二年九月二七日	同 第四十二号
同 三十七年六月三〇日	同 第三十四号	同 五十二年八月三一日	同 第五十五号
同 三十八年九月二七日	同 第四十四号	同 五十四年四月四日	同 第四十九号
同 四〇年一月三〇日	同 第七号	同 五十七年一月一九日	同 第四十九号
同 四〇年四月一日	同 第一八号	同 五十八年一月三一日	同 第三号
同 四〇年九月三〇日	同 第四十五号	同 五十九年二月二五日	同 第七号
同 四〇年十一月二八日	同 第四十九号	同 五十九年三月三一日	同 一八号
同 四一年一月一日	同 第四十一号	同 五十九年九月二二日	同 四十九号
同 四二年一月三〇日	同 第五十二号	同 六〇年三月一五日	同 六号
同 四三年四月一八日	同 第一〇号	同 六〇年六月二九日	同 第二十七号
同 四三年八月二〇日	同 第三十四号	同 六二年三月二三日	同 第一五号
同 四五年一月三一日	同 第四号	同 六三年五月一日	同 第三十三号
同 四五年九月一日	同 四十八号	平成 元年三月二四日	同 第一〇号
同 四七年二月二三日	同 四号	同 元年九月四日	同 第三十七号
同 四九年一月三一日	同 第二号	同 四年四月一三日	同 第二十六号
同 四九年七月二二日	同 第二十六号		
同 四九年八月三一日	同 第三十二号		
同 四九年十月二二日	同 第三十九号		

原子爆弾被爆者の医療等に関する法律 (昭和三十三年法律第四十一号) 第四条、第五条及び第二十二条並びに原子爆弾被爆者の医療

第四十五編 厚生 (原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則)

等に関する法律施行令 (昭和三十三年政令第七十五号) 第五条の規定に基き、原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則を次のように定める。

原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則

(手帳の交付の申請)

第一条 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律 (昭和三十三年法律第四十一号。以下「法」という。) 第三条第一項の規定に基づいて被爆者健康手帳の交付を申請しようとする者は、様式第一号による交付申請書に、その者が法第二条各号の一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。以下同じ。) の都道府県知事 (広島市又は長崎市にあつては、当該市の長とする。第四条から第六条まで (附則第十項において準用する場合を含む。)、第九条及び附則第三項から第八項までにおいて同じ。) に提出しなければならない。

(昭三五厚令二四・昭四九厚令二六・昭五三厚令五五・昭五九厚令七・一)

部改正)

(手帳の様式)

第二条 被爆者健康手帳は、様式第二号による。

(昭三五厚令二四・全改、昭四九厚令二六・一部改正)

(台帳の様式)

第三条 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行令 (昭和三十三年)

様式第一号（第一条関係）（昭35厚令24・全改、昭51厚令36・平元厚令10・一部改正）

第四十五編 厚生（原子爆弾被爆者の医療等に関する法律施行規則）

被爆者健康手帳交付申請書

本籍地

居住地

氏名

印

年 月 日生

都道府県知事（市長） 殿

原子爆弾被爆者の医療等に関する法律第3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。

平成 年 月 日

D（日法五三四二）

三五五四

備考 この用紙は、B列5番とすること。

様式第二号 (第二条関係) (昭35厚令24・全改、昭40厚令18・昭40厚令45

・昭43厚令10・一部改正、昭49厚令26・旧様式第二号(二)繰上・一部
改定、昭51厚令36・昭52厚令42・昭54厚令14・昭59厚令7・平元厚令10
・平元厚令37・平4厚令26・一部改正)

(1ページ)

(表紙)

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

都道府県(市)

都道府県知事(市長)印

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	昭和 平成	年	月		日	
更新期限	平成	年	月		日	

公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号									

被爆者健康手帳

氏名 _____

(3) 一ツから二ツまで

[illegible]

法第2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 村 保心地から 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	

(10ページ)

(9ページ)

乳がん検診			
検査年月日	年月日	年月日	年月日
一般検査	判定	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
	判名	異常認めず 要精密検査	異常認めず 要精密検査
精密検査	検査年月日	年月日	年月日
	医療機関の称		
子宮がん検診			
一般検査	判定	精密検査不要 要精密検査 要精密検査	精密検査不要 要精密検査 要精密検査
	判名	異常認めず 要精密検査 要精密検査	異常認めず 要精密検査 要精密検査
精密検査	検査年月日	年月日	年月日
	医療機関の称		

胃がん検診			
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
	判名	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	検査年月日	年月日	年月日
	医療機関の称		
肺がん検診			
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
	判名	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	検査年月日	年月日	年月日
	医療機関の称		

(12ページ及び13ページ)

$$\left(\frac{1}{\lambda} \right)$$
[illegible][illegible]

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うてください。
- 2 厚生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ともにこの手帳を提出してください。
- 3 厚生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。
- 4 なお、遺伝性疾病、先天性疾病、軽いむし歯等については、この手帳で治療を受けることはできません。
- 5 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のち、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 住所や氏名が変わつたときは、すぐその旨を届け出てください。
- 6 この手帳は、なくさないように大切に持ってください。もし、なくしたり、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 この手帳は、他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。
- 8 この手帳は、3年ごとに更新します。

備考 この用紙は、A列6番とすること。