

被 爆 者 死 亡 届

令和 年 月 日

宮城県知事 殿

下記のとおりお届けし、書類を返還します。

届 出 者	氏 名		死亡した被爆 者との続柄	
	居住地	〒 電話番号 ()		

記

死 亡 し た 被 爆 者	氏 名		被爆者健康 手帳番号	┆	┆	┆	┆	┆	┆
	死亡の際 の居住地								
	死亡年月日	年 月 日 (歳)							
	死亡の原因 (病名)								
	手当受給の 有 無	医療特別手当 (有・無)		健康管理手当 (有・無)					
		特別手当 (有・無)		保健手当 (有・無)					
		介護手当 (有・無)							
厚生大臣の 認定の有無	有 (認定番号) ・ 無								

返 還 す る 書 類	被爆者健康手帳	(返還できない場合は、その事由)
	手当証書 (医療特別・特別・健康管理・保健手当)	
	厚生労働大臣の認定書 (厚生労働大臣の認定が「有」の者)	

※ 添付書類

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

※ 葬祭料支給申請書に被爆者健康手帳及び各手当の証書を添えて提出した場合、死亡届を省略することができます。(手当受給者のみ)