

被 爆 者 死 亡 届	届 出 日 平成 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">年</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">月</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">日</td></tr></table>	年	月	日
年	月	日		

北海道知事 様

次のとおり届出るとともに、書類を返還します。

1 届出者

(ふりがな) 氏 名	Ⓜ	死亡した被爆者との続柄	
住 所	(〒 - )		
	電話 ( - - )		

2 死亡した被爆者

氏 名		被爆者健康 手帳番号			
死 亡 時 の 住 所					
死亡年月日	平 成	年	月	日	
死亡の原因 (病 名)					
受給されて いた手当	有	( 医療特別手当 ・ 特別手当 ・ 原爆小頭症手当 ) ( 健康管理手当 ・ 保健手当 ・ 家族介護手当 ) [手当証書番号]			
厚生大臣 の 認 定 書	有 無	[ 認 定 番 号 ]			

3 返還する書類

1 被爆者健康手帳	(返還できない場合は、その理由)
2 手当証書 (手当受給者のみ)	
3 厚生大臣の認定書 (認定者のみ)	
4 健康診断受診者証	

添付書類 死亡を証する書類

※ この届出は、葬祭料を請求される場合は、提出する必要はありません。

■ 太枠の中のみ、お書きください。