재 한 원 폭 피 해 자
보건의료조성사업 신청 안내서

대한적십자사 특수복지사업소

(표지)

목 차

Ⅰ. 소급분 신청안내 ····· 7~13p

Ⅱ. 상한액 초과분 신청안내 ····· 17~23p

Ⅲ. 사망자의 유족 신청 안내

1. 2004 년 ~ 2013 년 소급분 신청안내 ····· 27~33p
2. 2014 년 상한액 초과분 신청안내 ····· 37~43p

Ⅳ. 보건의료조성사업 상세 설명

1. 재외피폭자 보건의료조성사업 변경 안내 ····· 47~48p
2. 재외피폭자 보건의료조성사업 신청 절차 ····· 49~50p
3. 보건의료조성사업 신청 시의 유의사항 ····· 51~54p
4. 제출서류체크리스트 ····· 55p

Ⅰ. 소급분 신청안내

(색지)

(색지)

Ⅰ. 소급분 신청안내

[2004년~2013년 보건의료비 상한액 초과분 신청안내]

◇ 각 년도별 상한액

제출서류 체크리스트 참조 (55페이지)

◇ 신청 대상자

각 년도별 상한액을 초과하여 본인부담금이 발생한 분

◇ 제출 서류 *(※ 지급신청서 등 양식은 책자에서 복사해서 사용)*

1. 지급신청서(소급분)

   양식 제1호 (8페이지)

2. 연도별 지급 신청 내역

   양식 제2호 (9페이지)

3. 진료비(약제비) 계산서·영수증

   (매년 3월부터 다음해 2월까지 발생한 모든 계산서·영수증)

4. 각 년도 별 진료비(약제비) 납입확인서 또는 진료비 확인서

5. 의무기록사본

▷ 원폭증 인정을 받은 분이 인정질환으로 진료를 받았을 경우 추가 제출

6. 진료내용확인서

   외래 (양식 제6호, 10~11페이지)

   입원 (양식 제7호, 12~13페이지)

7. 원폭증 인정서 사본

◎ 제출기간 : 2014년 12월 31일(수)까지 도착할 수 있도록 우송

◎ 제 출 처 : 대한적십자사 특수복지사업소

◎ 지급일자 : 2015년 3월 31일(화)까지 입금

(양식 제1호)

지 급 신 청 서(소급분)

<table>
<tr><td colspan="2">수급대상확인통지번호(※1)</td><td>K</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>성 명</td><td></td><td colspan="3">서기 년 월 일생</td><td>성 별
남・여</td></tr>
<tr><td>거 주 국</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>전화번호</td><td colspan="5">(국가번호부터 기재해 주십시오.)</td></tr>
<tr><td>FAX /
E-mail</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">원폭증인정의 유무(※2)</td><td colspan="4">유 ・ 무</td></tr>
<tr><td colspan="2">수당수급의 유무(※3)</td><td colspan="4">유 ・ 무</td></tr>
<tr><td rowspan="2">신청액</td><td colspan="5">현지통화 (단위) (※ 기재하지 말 것)</td></tr>
<tr><td colspan="5">일본엔 엔상당 (※ 기재하지 말 것)</td></tr>
</table>

※1. 원폭피해자 등록번호를 기입하세요.
※2. 신청 시점에 원폭증 인정을 받은 분은 '유'에 ○표를 하십시오.
※3. 신청 시점에 건강관리수당, 보건수당, 의료특별수당, 특별수당 또는 원자폭탄소두증수당을 수급하고 계신 분은 '유'에 ○표를 하십시오.

위와 같이 2004년 ~ 2013년분의 보건의료조성비를 지급받고자 관계 서류를 첨부하여 신청합니다.

서기 년 월 일

신청자 성명 ㊞
(또는 서명)

(대리 신청하는 경우) 대리 신청인 성명
대리 신청인 연락처

※ 대리 신청인 연락처는 반드시 연락을 취할 수 있는 분의 연락처를 기입

나가사키현 지사 귀하

(양식 제 2 호)

연도별 지급 신청 내역

지급 연도	의료에 소요된 총 금액 ①	보험 급여 금액 (공단부담금 + 본인부담금) ②	자기 부담 상당액 (비급여) ③=(①-②)	비고
2004년				
2005년				
2006년				
2007년				
2008년				
2009년				
2010년				
2011년				
2012년				
2013년				
합 계				

(주1) '의료에 소요된 총금액'란은 의료기관에 별첨 양식을 제출하여 각 연도별로 치료 내용 명세 및 지불한 의료비 등의 명세를 기입받고, 의료에 소요된 총 금액을 기재하여 주십시오.

(주2) '보험 급여 금액'란은 의료에 소요된 계산서 · 증명서상의 급여액 총액 (공단부담금 + 본인부담금)을 기재하여 주십시오.

(주3) '자기 부담 상당액'란은 의료에 소요된 금액에서 보험 급여 등의 금액을 공제한 금액을 기재하여 주십시오.

(주4) 금액은 거주국의 통화 단위로 기재하여 주십시오.

이 양식은 의료기관에 기재를 의뢰하십시오.

원폭증 인정 질병용(외래)

①이 양식은 일본의 지원제도(원자폭탄 피폭자에 대한 의료비 지원) 신청에 사용합니다.

②이 양식은 원폭증 인정 질병용(외래)입니다. 원칙적으로 각 연도(2004~2013)별로 1장씩 작성하시기 바랍니다.

※환자로부터 원폭증 인정 질병에 관한 진료 내용의 기재를 의뢰받은 경우에는 이 양식에 기재하시기 바랍니다.

※입원한 적이 있는 경우에는 원폭증 인정 질병용(입원) 양식에 기재하시기 바랍니다.

※원폭증 인정 질병 이외의 의료에 대해서는 입원용, 외래용의 별도 양식에 각각 기재하시기 바랍니다.

※기재하실 때는 원칙적으로 3월부터 2월까지의 1년분을 기재하십시오.(2004년도분은 10월~2005년2월까지가 대상입니다.)

※이 양식과 똑같은 항목의 기재란이 있다면 임의 양식이라도 접수하지만, 영수 명세서와 서명란은 반드시 기재하시기 바랍니다.

③이 양식에는 환자가 받은 의료의 내용을 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.(문의를 하는 경우가 있습니다.)

④※ 9. 기타에는 1~8에 해당하지 않는 내용을 기재하십시오.

(　　년도분) 진 료 내 용 명 세 서

환자명		생년월일		성별	
주요 상병명	①	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	②	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	③	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
치료의 개요	①				
	②				
	③				

진료 내용

1. 외래

주요 상병	진료 기간	일수
①	20　/　/　~　20　/　/	
②	20　/　/　~　20　/　/	
③	20　/　/　~　20　/　/	

진료 일수의 연간 합계　(①-③)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 일

2. 투약

	사용한 약제	용법	투여량	투약 일수 합계
□ 유				일
				일
□ 무				일
				일

3. 주사

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사
사용한 약제 :　　사용량:　　투여 일수 합계 :　　일

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사
사용한 약제 :　　사용량:　　투여 일수 합계 :　　일

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사
사용한 약제 :　　사용량:　　투여 일수 합계 :　　일

4. 검사

	검사 내용	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 소변				회
□ 혈액				회
□ 심전도				회
□ 초음파 검사				회
□ 상기 이외의 검사				회
				회

진료 내용

5. 이학요법

연간 실시한 횟수 _____ 회

6. 엑스선 검사		부위	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 뢴트겐	□ CT				회
□ 뢴트겐	□ CT				회
□ 뢴트겐	□ CT				회
□ 뢴트겐	□ CT				회

7. 수술(입원은 별도 양식에 기입하십시오.)

수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

수술 기술료	기타 비용	비용 합계

8. 기타 처치(입원은 별도 양식에 기입하십시오.)

처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

처치 비용	재료비	기타 비용	비용 합계

※9. 기타

□ 진단서 작성 비용 _____

□ 기타 비용 합계 _____ ⇒ 주요 내용 [ ]

영 수 명 세 서

	보험 적용	보험 비적용	합계
의료비	①	②	③
공공 보험 부담액	④	⑤ ———	⑥
환자 부담액	⑦	⑧	⑨
영수액 합계	⑩		
비고	⑪		

※①란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되는 의료비를 기재하십시오.
※②란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비를 기재하십시오.
※④란은 공공 보험이 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑦란은 공공 보험의 대상이 되는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑧란은 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑩란은 의료기관이 환자에게 청구해서 수령한 금액을 기재하십시오.
※⑪란은 ②와 ⑧이나 ⑨와 ⑩의 금액이 일치하지 않는 경우, 그 이유를 기재하십시오.

담당 의사의 이름 및 주소

의료기관명 : _____ **진료록 번호 :** _____

이름 : 성 _____ 명 _____ **칭호 :** _____

주소 : 병원 또는 의원 _____ **전화 :** _____

일자 : _____ **서명 :** _____

이 양식은 의료기관에 기재를 의뢰하십시오.

원폭증 인정 질병용(입원)

①이 양식은 일본의 지원제도(원자폭탄 피폭자에 대한 의료비 지원) 신청에 사용합니다.

②이 양식은 원폭증 인정 질병용(입원)입니다. 원칙적으로 각 연도(2004~2013)별로 1장씩 작성하시기 바랍니다.

※환자로부터 원폭증 인정 질병에 관한 진료 내용의 기재를 의뢰받은 경우에는 이 양식에 기재하시기 바랍니다.

※외래의 경우에는 원폭증 인정 질병용(외래) 양식에 기재하시기 바랍니다.

※원폭증 인정 질병 이외의 의료에 대해서는 입원용, 외래용의 별도 양식에 각각 기재하시기 바랍니다.

※기재하실 때는 원칙적으로 3월부터 2월까지의 1년분을 기재하십시오.(2004년도분은 10월~2005년2월까지가 대상입니다.)

※이 양식과 똑같은 항목의 기재란이 있다면 임의 양식이라도 접수하지만, 영수 명세서와 서명란은 반드시 기재하시기 바랍니다.

③이 양식에는 환자가 받은 의료의 내용을 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.(문의를 하는 경우가 있습니다.)

④※9. 기타에는 1~8에 해당하지 않는 내용을 기재하십시오.

(　　년도분) 진 료 내 용 명 세 서

환자명		생년월일		성별	
입원의 원인이 된 주요 상병명	①	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	②	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
치료의 개요	①				
	②				

진료 내용

1. 입원

입원의 원인이 된 주요 상병	입원 기간(2회까지 이 용지로 기입할 수 있습니다.)	일수
①	20　/　/　~　20　/　/	
②	20　/　/　~　20　/　/	

2. 투약

	사용한 약제	용법	투여량	투약 일수 합계
□ 유				일
				일
□ 무				일
				일

3. 주사

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사　사용한 약제 :　사용량 :　투여 일수 합계 :　일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사　사용한 약제 :　사용량 :　투여 일수 합계 :　일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사　사용한 약제 :　사용량 :　투여 일수 합계 :　일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사　사용한 약제 :　사용량 :　투여 일수 합계 :　일

4. 검사

	검사 내용	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 소변				회
□ 혈액				회
□ 심전도				회
□ 초음파 검사				회
□ 상기 이외의 검사				회
				회

5. 이학요법

연간 실시한 횟수　　회

6. 엑스선 검사

	부위	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회

진료 내용

7. 수술

①수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

②수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

	수술 기술료	입원 관리비	간호 비용	식사 비용	비용 합계
①					
②					

8. 기타 처치

①처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

②처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

	처치 비용	재료비	기타 비용	비용 합계
①				
②				

※9. 기타

□ 진단서 작성 비용 _____

□ 기타 비용 합계 _____ ⇒ 주요 내용 [ ]

영 수 명 세 서

	보험 적용	보험 비적용	합계
의료비	①	②	③
공공 보험 부담액	④	⑤	⑥
환자 부담액	⑦	⑧	⑨
영수액 합계	⑩		
비고	⑪		

※①란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되는 의료비를 기재하십시오.
※②란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비를 기재하십시오.
※④란은 공공 보험이 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑦란은 공공 보험의 대상이 되는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑧란은 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑩란은 의료기관이 환자에게 청구해서 수령한 금액을 기재하십시오.
※⑪란은 ②와 ⑧이나 ⑨와 ⑩의 금액이 일치하지 않는 경우, 그 이유를 기재하십시오.

담당 의사의 이름 및 주소

의료기관명 : _____ **진료록 번호 :** _____

이름 : 성 _____ 명 _____ **칭호 :** _____

주소 : 병원 또는 의원 _____ **전화 :** _____

일자 : _____ **서명 :** _____

Ⅱ. 상한액 초과분

(색지)

(색지)

Ⅱ. 상한액 초과분

[2014년도 보건의료비 상한액 초과분 신청 안내]

◇ 신청 대상자

상한액(30만엔) 초과 후 본인부담금이 발생한 자

◇ 제출서류 *(※지급신청서 등 소정양식은 책자에서 복사해서 사용)*

1. 지급신청서 (상한액초과분)
양식 제16-1호 (18페이지)

2. 지급신청내역 (상한액초과분)
양식 제16-2호 (19페이지)

3. 진료비(약제비) 계산서·영수증
(2014년 3월부터 2015년 2월까지 발생한 모든 계산서·영수증)

4. 해당 기간 진료비(약제비) 납입확인서 또는 진료비 확인서

5. 의무기록사본

▷ 원폭증 인정을 받은 분이 인정질환으로 진료를 받았을 경우 추가 제출

6. 진료내용확인서 :
외래 (양식 제6호, 20~21페이지)
입원 (양식 제7호, 22~23페이지)

7. 원폭증 인정서 사본

◎ **제출기간 : 2015년 3월 20일(금)까지 도착할 수 있도록 우송**

◎ **제 출 처 : 대한적십자사 특수복지사업소**

◎ **지급일자 : 일본 심사기관의 심사 종료 후**

(양식 제 16-1 호)

지 급 신 청 서(상한액초과분)

수급대상확인통지번호(※1)			K			
성 명		서기 년 월 일생			성 별	남・여
거 주 국						
주 소						
전화번호	(국가번호부터 기재해 주십시오.)					
FAX / E-mail						
원폭증인정의 유무(※2)	유 ・ 무					
수당수급의 유무(※3)	유 ・ 무					
신청액	현지통화 (단위) (※ 기재하지 말 것)					
	일본엔 엔상당 (※ 기재하지 말 것)					

※1. 원폭피해자 등록번호를 기입하세요.
※2. 신청 시점에 원폭증 인정을 받은 분은 '유'에 ○표를 하십시오.
※3. 신청 시점에 건강관리수당, 보건수당, 의료특별수당, 특별수당 또는 원자폭탄소두증수당을 수급하고 계신 분은 '유'에 ○표를 하십시오.

위와 같이 년분의 보건의료조성비(상한액초과분)을 지급받고자 관계 서류를 첨부하여 신청합니다.

서기 년 월 일

신청자성명 (인)
(또는 사인)

(대리 신청하는 경우) 대리 신청인 성명
대리 신청인 연락처

※ 대리 신청인 연락처는 반드시 연락을 취할 수 있는 분의 연락처를 기입

나가사키현 지사 귀하

(양식 제 16-2 호)

지 급 신 청 내 역(상한액초과분)

지급년도	의료에 소요된 금액 ①	보험급여 등의 금액 ②	자기부담 상당액 ③(①－②)	비고
2014 년				

(주1) '의료에 소요된 금액'란은 의료기관에 별첨 양식을 제출하여 당해년도의 치료 내용 명세 및 지불한 의료비 등의 명세를 기입받고, 의료에 소요된 총 금액을 기재하여 주십시오.
(주2) '보험 급여 등의 금액'란은 해당 의료를 받아 발생한 보험 급여 등의 급여 급액이 있는 경우 보험회사 등으로부터 증명서를 발행받아 그 증명된 급여 금액을 기재하여 주십시오.
(주3) '자기 부담 상당액'란은 의료에 소요된 금액에서 보험 급여 등의 금액을 공제한 금액을 기재하여 주십시오.
(주4) 금액은 거주국의 통화 단위로 기재하여 주십시오.

이 양식은 의료기관에 기재를 의뢰하십시오.

원폭증 인정 질병용(외래)

①이 양식은 일본의 지원제도(원자폭탄 피폭자에 대한 의료비 지원) 신청에 사용합니다.

②이 양식은 원폭증 인정 질병용(외래)입니다. 원칙적으로 각 연도(2004~2013)별로 1장씩 작성하시기 바랍니다.

※환자로부터 원폭증 인정 질병에 관한 진료 내용의 기재를 의뢰받은 경우에는 이 양식에 기재하시기 바랍니다.

※입원한 적이 있는 경우에는 원폭증 인정 질병용(입원) 양식에 기재하시기 바랍니다.

※원폭증 인정 질병 이외의 의료에 대해서는 입원용, 외래용의 별도 양식에 각각 기재하시기 바랍니다.

※기재하실 때는 원칙적으로 3월부터 2월까지의 1년분을 기재하십시오.(2004년도분은 10월~2005년2월까지가 대상입니다.)

※이 양식과 똑같은 항목의 기재란이 있다면 임의 양식이라도 접수하지만, 영수 명세서와 서명란은 반드시 기재하시기 바랍니다.

③이 양식에는 환자가 받은 의료의 내용을 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.(문의를 하는 경우가 있습니다.)

④※ 9 . 기타에는 1~8에 해당하지 않는 내용을 기재하십시오.

(　　년도분) 진 료 내 용 명 세 서

환자명		생년월일		성별	
주요 상병명	①	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	②	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	③	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
치료의 개요	①				
	②				
	③				

진료 내용

1. 외래

주요 상병	진료 기간	일수
①	20　/　/　~　20　/　/	
②	20　/　/　~　20　/　/	
③	20　/　/　~　20　/　/	

진료 일수의 연간 합계　(①-③)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 일

2. 투약

	사용한 약제	용법	투여량	투약 일수 합계
□ 유				일
				일
□ 무				일
				일

3. 주사

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사　사용한 약제 :　사용량:　투여 일수 합계 :　일

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사　사용한 약제 :　사용량:　투여 일수 합계 :　일

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사　사용한 약제 :　사용량:　투여 일수 합계 :　일

4. 검사

	검사 내용	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 소변				회
□ 혈액				회
□ 심전도				회
□ 초음파 검사				회
□ 상기 이외의 검사				회
				회

진료 내용

5. 이학요법

연간 실시한 횟수 _____ 회

6. 엑스선 검사		부위	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 퓌트겐	□ CT				회
□ 퓌트겐	□ CT				회
□ 퓌트겐	□ CT				회
□ 퓌트겐	□ CT				회

7. 수술(입원은 별도 양식에 기입하십시오.)

수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

수술 기술료	기타 비용	비용 합계

8. 기타 처치(입원은 별도 양식에 기입하십시오.)

처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

처치 비용	재료비	기타 비용	비용 합계

※9. 기타

□ 진단서 작성 비용 _____

□ 기타 비용 합계 _____ ⇒ 주요 내용 [ ]

영 수 명 세 서

	보험 적용	보험 비적용	합계
의료비	①	②	③
공공 보험 부담액	④	⑤ _____	⑥
환자 부담액	⑦	⑧	⑨
영수액 합계	⑩		
비고	⑪		

※①란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되는 의료비를 기재하십시오.
※②란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비를 기재하십시오.
※④란은 공공 보험이 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑦란은 공공 보험의 대상이 되는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑧란은 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑩란은 의료기관이 환자에게 청구해서 수령한 금액을 기재하십시오.
※⑪란은 ②와 ⑧이나 ⑨와 ⑩의 금액이 일치하지 않는 경우, 그 이유를 기재하십시오.

담당 의사의 이름 및 주소

의료기관명 : _____ **진료록 번호 :** _____

이름 : 성 _____ 명 _____ **칭호 :** _____

주소 : 병원 또는 의원 _____ **전화 :** _____

일자 : _____ **서명 :** _____

이 양식은 의료기관에 기재를 의뢰하십시오.

원폭증 인정 질병용(입원)

①이 양식은 일본의 지원제도(원자폭탄 피폭자에 대한 의료비 지원) 신청에 사용합니다.

②이 양식은 원폭증 인정 질병용(입원)입니다. 원칙적으로 각 연도(2004~2013)별로 1장씩 작성하시기 바랍니다.

※환자로부터 원폭증 인정 질병에 관한 진료 내용의 기재를 의뢰받은 경우에는 이 양식에 기재하시기 바랍니다.

※외래의 경우에는 원폭증 인정 질병용(외래) 양식에 기재하시기 바랍니다.

※원폭증 인정 질병 이외의 의료에 대해서는 입원용, 외래용의 별도 양식에 각각 기재하시기 바랍니다.

※기재하실 때는 원칙적으로 3월부터 2월까지의 1년분을 기재하십시오.(2004년도분은 10월~2005년2월까지가 대상입니다.)

※이 양식과 똑같은 항목의 기재란이 있다면 임의 양식이라도 접수하지만, 영수 명세서와 서명란은 반드시 기재하시기 바랍니다.

③이 양식에는 환자가 받은 의료의 내용을 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.(문의를 하는 경우가 있습니다.)

④※9. 기타에는 1~8에 해당하지 않는 내용을 기재하십시오.

(　　년도분) 진 료 내 용 명 세 서

환자명		생년월일		성별	
입원의 원인이 된 주요 상병명	①	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	②	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
치료의 개요	①				
	②				

진료 내용

1. 입원

입원의 원인이 된 주요 상병	입원 기간(2회까지 이 용지로 기입할 수 있습니다.)	일수
①	20　/　/　~　20　/　/	
②	20　/　/　~　20　/　/	

2. 투약

	사용한 약제	용법	투여량	투약 일수 합계
□ 유				일
				일
□ 무				일
				일

3. 주사

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사　사용한 약제 :　사용량 :　투여 일수 합계 :　일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사　사용한 약제 :　사용량 :　투여 일수 합계 :　일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사　사용한 약제 :　사용량 :　투여 일수 합계 :　일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사　사용한 약제 :　사용량 :　투여 일수 합계 :　일

4. 검사

	검사 내용	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 소변				회
□ 혈액				회
□ 심전도				회
□ 초음파 검사				회
□ 상기 이외의 검사				회
				회

5. 이학요법

연간 실시한 횟수　　회

6. 엑스선 검사

		부위	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 퀸트겐	□ CT				회
□ 퀸트겐	□ CT				회
□ 퀸트겐	□ CT				회
□ 퀸트겐	□ CT				회

진료 내용

7. 수술

①수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

②수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

	수술 기술료	입원 관리비	간호 비용	식사 비용	비용 합계
①					
②					

8. 기타 처치

①처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

②처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

	처치 비용	재료비	기타 비용	비용 합계
①				
②				

※9. 기타

□ 진단서 작성 비용 _____

□ 기타 비용 합계 _____ ⇒ 주요 내용 [ ]

영 수 명 세 서

	보험 적용	보험 비적용	합계
의료비	①	②	③
공공 보험 부담액	④	⑤ _____	⑥
환자 부담액	⑦	⑧	⑨
영수액 합계	⑩		
비고	⑪		

※①란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되는 의료비를 기재하십시오.
※②란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비를 기재하십시오.
※④란은 공공 보험이 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑦란은 공공 보험의 대상이 되는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑧란은 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑩란은 의료기관이 환자에게 청구해서 수령한 금액을 기재하십시오.
※⑪란은 ②와 ⑧이나 ⑨와 ⑩의 금액이 일치하지 않는 경우, 그 이유를 기재하십시오.

담당 의사의 이름 및 주소

의료기관명 : _____ **진료록 번호 :** _____

이름 : 성 _____ 명 _____ **칭호 :** _____

주소 : 병원 또는 의원 _____ **전화 :** _____

일자 : _____ **서명 :** _____

Ⅲ-1. 사망자의 유족신청

2004 년~2013 년

보건의료비 상한액 초과분 신청안내

(소급분)

(색지)

(색지)

Ⅲ-1. 사망자의 유족 신청

[2004 년~2013 년 보건의료비 상한액 초과분 신청안내]

(소급분)

◇ 각 년도별 상한액

제출서류 체크리스트 참조 (55페이지)

◇ 신청 대상자

각 년도별 상한액을 초과하여 본인부담금이 발생한 분

◇ 제출 서류 *(※ 지급신청서 등 양식은 책자에서 복사해서 사용)*

1. 지급신청서 (사망 후 신청용)
   양식 제9호 (28페이지)
2. 연도별 지급신청내역
   양식 제2호 (29페이지)
3. 진료비(약제비) 계산서 · 영수증
   (매년 3월부터 다음 해 2월까지 발생한 모든 계산서 · 영수증)
4. 각 년도 별 진료비(약제비) 납입확인서 또는 진료비 확인서
5. 의무기록사본
6. 계좌사본
   * 과거 장례비를 수령한 유족이 신청을 해야 함
   * 장례비 수령 시와 동일한 계좌사본 제출 요망

▷ 원폭증 인정을 받은 분이 인정질환으로 진료를 받았을 경우 추가 제출

7. 진료내용확인서 :
   외래 (양식 제6호, 30~31페이지)
   입원 (양식 제7호, 32~33페이지)
8. 원폭증 인정서 사본

◎ 제출기간 : 2014년 12월 31일(수)까지 도착할 수 있도록 우송

◎ 제 출 처 : 대한적십자사 특수복지사업소

◎ 지급일자 : 2015년 3월 31일(화)까지 입금

(양식 제 9 호)

지 급 신 청 서 (사망후 신청용)

성명		사망한 사업 대상자와의 관계	
거주국			
주소			
전화번호	(국가 번호부터 기재할 것)		
입금계좌	금융기관명		
	본(지)점명		
	계좌 번호		
	계좌 명의인		
대한적십자사의 장례비 신청 유무		유 · 무	
신청액	현지 통화	(단위) (※기재하지 말 것)	
	일본 엔	엔 상당(※기재하지 말 것)	

사망자	수급대상확인통지번호	K
	성 명	
	사망 당시의 주소	
	사망 연월일	

※ 입금 계좌에 대해서는 통장 사본 등 계좌를 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 주십시오.
※ 입금 계좌에 대해서는 반드시 신청자 명의의 계좌로 하십시오.
※ 신청자는 사망한 사업 대상자의 장례를 치른 사람임을 확인할 수 있는 서류 (화장증명서, 장례확인서 등)를 첨부하여 주십시오.
※ 과거, 대한적십자사를 통해 장례비를 신청한 경우에는 '장례를 치른 사람임을 확인할 수 있는 서류'는 제출할 필요가 없습니다.

위와 같이 사망자_____에 대한 서기_____년도분 보건의료조성비를 지급받고자 관계 서류를 첨부하여 신청합니다.

만일 수령후 당해 보건의료조성비에 관한 쟁의가 발생하여도, 나가사키현지사 및 대한적십자사에 책임을 묻지 않을 것은 물론이며 본인이 일체의 책임을 질 것을 서약합니다.

서기 년 월 일

신청자 성명 ㊞
(또는 서명)

나가사키현지사 귀하

(양식 제 2 호)

연도별 지급 신청 내역

지급 연도	의료에 소요된 총 금액 ①	보험 급여 금액 (공단부담금 + 본인부담금) ②	자기 부담 상당액 (비급여) ③=(①-②)	비고
2004년				
2005년				
2006년				
2007년				
2008년				
2009년				
2010년				
2011년				
2012년				
2013년				
합 계				

(주1) '의료에 소요된 총금액'란은 의료기관에 별첨 양식을 제출하여 각 연도별로 치료 내용 명세 및 지불한 의료비 등의 명세를 기입받고, 의료에 소요된 총 금액을 기재하여 주십시오.

(주2) '보험 급여 금액'란은 의료에 소요된 계산서 · 증명서상의 급여액 총액 (공단부담금 + 본인부담금)을 기재하여 주십시오.

(주3) '자기 부담 상당액'란은 의료에 소요된 금액에서 보험 급여 등의 금액을 공제한 금액을 기재하여 주십시오.

(주4) 금액은 거주국의 통화 단위로 기재하여 주십시오.

이 양식은 의료기관에 기재를 의뢰하십시오.

원폭증 인정 질병용(외래)

①이 양식은 일본의 지원제도(원자폭탄 피폭자에 대한 의료비 지원) 신청에 사용합니다.

②이 양식은 원폭증 인정 질병용(외래)입니다. 원칙적으로 각 연도(2004~2013)별로 1장씩 작성하시기 바랍니다.

※환자로부터 원폭증 인정 질병에 관한 진료 내용의 기재를 의뢰받은 경우에는 이 양식에 기재하시기 바랍니다.

※입원한 적이 있는 경우에는 원폭증 인정 질병용(입원) 양식에 기재하시기 바랍니다.

※원폭증 인정 질병 이외의 의료에 대해서는 입원용, 외래용의 별도 양식에 각각 기재하시기 바랍니다.

※기재하실 때는 원칙적으로 3월부터 2월까지의 1년분을 기재하십시오.(2004년도분은 10월~2005년2월까지가 대상입니다.)

※이 양식과 똑같은 항목의 기재란이 있다면 임의 양식이라도 접수하지만, 영수 명세서와 서명란은 반드시 기재하시기 바랍니다.

③이 양식에는 환자가 받은 의료의 내용을 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.(문의를 하는 경우가 있습니다.)

④※ 9 . 기타에는 1~8에 해당하지 않는 내용을 기재하십시오.

(　　년도분) 진 료 내 용 명 세 서

환자명		생년월일		성별	
주요 상병명	①	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	②	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	③	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
치료의 개요	①				
	②				
	③				

진료 내용

1. 외래

주요 상병	진료 기간	일수
①	20 / / ~ 20 / /	
②	20 / / ~ 20 / /	
③	20 / / ~ 20 / /	

진료 일수의 연간 합계 (①-③) _____ 일

2. 투약

	사용한 약제	용법	투여량	투약 일수 합계
□ 유				일
				일
□ 무				일
				일

3. 주사

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량: 투여 일수 합계 : 일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량: 투여 일수 합계 : 일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량: 투여 일수 합계 : 일

4. 검사

	검사 내용	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 소변				회
□ 혈액				회
□ 심전도				회
□ 초음파 검사				회
□ 상기 이외의 검사				회
				회

진료 내용

5. 이학요법

연간 실시한 횟수 _____ 회

6. 엑스선 검사	부위	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회

7. 수술(입원은 별도 양식에 기입하십시오.)

수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

수술 기술료	기타 비용	비용 합계

8. 기타 처치(입원은 별도 양식에 기입하십시오.)

처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

처치 비용	재료비	기타 비용	비용 합계

※9. 기타

□ 진단서 작성 비용 _____

□ 기타 비용 합계 _____ ⇒ 주요 내용 [ ]

영 수 명 세 서

	보험 적용	보험 비적용	합계
의료비	①	②	③
공공 보험 부담액	④	⑤	⑥
환자 부담액	⑦	⑧	⑨
영수액 합계	⑩		
비고	⑪		

※①란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되는 의료비를 기재하십시오.
※②란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비를 기재하십시오.
※④란은 공공 보험이 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑦란은 공공 보험의 대상이 되는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑧란은 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑩란은 의료기관이 환자에게 청구해서 수령한 금액을 기재하십시오.
※⑪란은 ②와 ⑧이나 ⑨와 ⑩의 금액이 일치하지 않는 경우, 그 이유를 기재하십시오.

담당 의사의 이름 및 주소

의료기관명 : _____ **진료록 번호 :** _____

이름 : 성 _____ 명 _____ **칭호 :** _____

주소 : 병원 또는 의원 _____ **전화 :** _____

일자 : _____ **서명 :** _____

이 양식은 의료기관에 기재를 의뢰하십시오.

원폭증 인정 질병용(입원)

①이 양식은 일본의 지원제도(원자폭탄 피폭자에 대한 의료비 지원) 신청에 사용합니다.

②이 양식은 원폭증 인정 질병용(입원)입니다. 원칙적으로 각 연도(2004~2013)별로 1장씩 작성하시기 바랍니다.

※환자로부터 원폭증 인정 질병에 관한 진료 내용의 기재를 의뢰받은 경우에는 이 양식에 기재하시기 바랍니다.

※외래의 경우에는 원폭증 인정 질병용(외래) 양식에 기재하시기 바랍니다.

※원폭증 인정 질병 이외의 의료에 대해서는 입원용, 외래용의 별도 양식에 각각 기재하시기 바랍니다.

※기재하실 때는 원칙적으로 3월부터 2월까지의 1년분을 기재하십시오.(2004년도분은 10월~2005년2월까지가 대상입니다.)

※이 양식과 똑같은 항목의 기재란이 있다면 임의 양식이라도 접수하지만, 영수 명세서와 서명란은 반드시 기재하시기 바랍니다.

③이 양식에는 환자가 받은 의료의 내용을 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.(문의를 하는 경우가 있습니다.)

④※9. 기타에는 1~8에 해당하지 않는 내용을 기재하십시오.

(　　년도분) 진 료 내 용 명 세 서

환자명		생년월일		성별	
입원의 원인이 된 주요 상병명	①	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	②	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
치료의 개요	①				
	②				

진료 내용

1. 입원

입원의 원인이 된 주요 상병	입원 기간(2회까지 이 용지로 기입할 수 있습니다.)	일수
①	20　/　/　~　20　/　/	
②	20　/　/　~　20　/　/	

2. 투약

	사용한 약제	용법	투여량	투약 일수 합계
□ 유				일
				일
□ 무				일
				일

3. 주사

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량 : 투여 일수 합계 : 일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량 : 투여 일수 합계 : 일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량 : 투여 일수 합계 : 일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량 : 투여 일수 합계 : 일

4. 검사

	검사 내용	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 소변				회
□ 혈액				회
□ 심전도				회
□ 초음파 검사				회
□ 상기 이외의 검사				회
				회

5. 이학요법

연간 실시한 횟수 　　회

6. 엑스선 검사

	부위	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회

진료 내용

7. 수술

①수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

②수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

	수술 기술료	입원 관리비	간호 비용	식사 비용	비용 합계
①					
②					

8. 기타 처치

①처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

②처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

	처치 비용	재료비	기타 비용	비용 합계
①				
②				

※9. 기타

□ 진단서 작성 비용 _____

□ 기타 비용 합계 _____ ⇒ 주요 내용 [ ]

영 수 명 세 서

	보험 적용	보험 비적용	합계
의료비	①	②	③
공공 보험 부담액	④	⑤	⑥
환자 부담액	⑦	⑧	⑨
영수액 합계	⑩		
비고	⑪		

※①란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되는 의료비를 기재하십시오.
※②란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비를 기재하십시오.
※④란은 공공 보험이 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑦란은 공공 보험의 대상이 되는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑧란은 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑩란은 의료기관이 환자에게 청구해서 수령한 금액을 기재하십시오.
※⑪란은 ②와 ⑧이나 ⑨와 ⑩의 금액이 일치하지 않는 경우, 그 이유를 기재하십시오.

담당 의사의 이름 및 주소

의료기관명 : _____ **진료록 번호 :** _____

이름 : 성 _____ 명 _____ **칭호 :** _____

주소 : 병원 또는 의원 _____ **전화 :** _____

일자 : _____ **서명 :** _____

Ⅲ-2. 사망자의 유족신청

[2014년도 보건의료비 상한액 초과분 신청 안내]
(상한액초과분)

(색지)

(색지)

Ⅲ-2. 사망자의 유족 신청

[2014년도 보건의료비 상한액 초과분 신청 안내]
(상한액초과분)

◇ 신청 대상자

상한액(30만엔) 초과 후 본인부담금이 발생한 자

◇ 제출서류 *(※지급신청서 등 소정양식은 책자에서 복사해서 사용)*

1. 지급신청서 (사망 후 신청용)
양식 제9호 (38페이지)

2. 지급신청내역 (상한액초과분)
양식 제16-2호 (39페이지)

3. 진료비 (약제비) 계산서·영수증
(2014년 3월부터 2015년 2월까지 발생한 모든 계산서·영수증)

4. 해당 기간 진료비(약제비) 납입확인서 또는 진료비 확인서

5. 의무기록사본

6. 계좌사본
* 과거 장례비를 수령한 유족이 신청을 해야 함
* 장례비 수령 시와 동일한 계좌사본 제출 요망

▷ 원폭증 인정을 받은 분이 인정질환으로 진료를 받았을 경우 추가 제출

7. 진료내용확인서 :
외래 (양식 제6호, 40~41페이지)
입원 (양식 제7호, 42~43페이지)

8. 원폭증 인정서 사본

◎ **제출기간 : 2015년 3월 20일(금)까지 도착할 수 있도록 우송**

◎ **제 출 처 : 대한적십자사 특수복지사업소**

◎ **지급일자 : 일본 심사기관의 심사 종료 후**

(양식 제 9 호)

지 급 신 청 서 (사망후 신청용)

성명		사망한 사업 대상자와의 관계	
거주국			
주소			
전화번호	(국가 번호부터 기재할 것)		
입금계좌	금융기관명		
	본(지)점명		
	계좌 번호		
	계좌 명의인		
대한적십자사의 장례비 신청 유무		유 · 무	
신청액	현지 통화	(단위) (※기재하지 말 것)	
	일본 엔	엔 상당(※기재하지 말 것)	

사망자	수급대상확인통지번호	K
	성 명	
	사망 당시의 주소	
	사망 연월일	

※ 입금 계좌에 대해서는 통장 사본 등 계좌를 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 주십시오.
※ 입금 계좌에 대해서는 반드시 신청자 명의의 계좌로 하십시오.
※ 신청자는 사망한 사업 대상자의 장례를 치른 사람임을 확인할 수 있는 서류 (화장증명서, 장례확인서 등)를 첨부하여 주십시오.
※ 과거, 대한적십자사를 통해 장례비를 신청한 경우에는 '장례를 치른 사람임을 확인할 수 있는 서류'는 제출할 필요가 없습니다.

위와 같이 사망자_____에 대한 서기_____년도분 보건의료조성비를 지급받고자 관계 서류를 첨부하여 신청합니다.

만일 수령후 당해 보건의료조성비에 관한 쟁의가 발생하여도, 나가사키현지사 및 대한적십자사에 책임을 묻지 않을 것은 물론이며 본인이 일체의 책임을 질 것을 서약합니다.

서기 년 월 일

신청자 성명 ㊞
(또는 서명)

나가사키현지사 귀하

(양식 제 16-2 호)

지 급 신 청 내 역(상한액초과분)

지급년도	의료에 소요된 금액 ①	보험급여 등의 금액 ②	자기부담 상당액 ③(①－②)	비고
2014 년				

(주1) '의료에 소요된 금액'란은 의료기관에 별첨 양식을 제출하여 당해년도의 치료 내용 명세 및 지불한 의료비 등의 명세를 기입받고, 의료에 소요된 총 금액을 기재하여 주십시오.
(주2) '보험 급여 등의 금액'란은 해당 의료를 받아 발생한 보험 급여 등의 급여 급액이 있는 경우 보험회사 등으로부터 증명서를 발행받아 그 증명된 급여 금액을 기재하여 주십시오.
(주3) '자기 부담 상당액'란은 의료에 소요된 금액에서 보험 급여 등의 금액을 공제한 금액을 기재하여 주십시오.
(주4) 금액은 거주국의 통화 단위로 기재하여 주십시오.

이 양식은 의료기관에 기재를 의뢰하십시오.

원폭증 인정 질병용(외래)

①이 양식은 일본의 지원제도(원자폭탄 피폭자에 대한 의료비 지원) 신청에 사용합니다.

②이 양식은 원폭증 인정 질병용(외래)입니다. 원칙적으로 각 연도(2004~2013)별로 1장씩 작성하시기 바랍니다.

※환자로부터 원폭증 인정 질병에 관한 진료 내용의 기재를 의뢰받은 경우에는 이 양식에 기재하시기 바랍니다.

※입원한 적이 있는 경우에는 원폭증 인정 질병용(입원) 양식에 기재하시기 바랍니다.

※원폭증 인정 질병 이외의 의료에 대해서는 입원용, 외래용의 별도 양식에 각각 기재하시기 바랍니다.

※기재하실 때는 원칙적으로 3월부터 2월까지의 1년분을 기재하십시오.(2004년도분은 10월~2005년2월까지가 대상입니다.)

※이 양식과 똑같은 항목의 기재란이 있다면 임의 양식이라도 접수하지만, 영수 명세서와 서명란은 반드시 기재하시기 바랍니다.

③이 양식에는 환자가 받은 의료의 내용을 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.(문의를 하는 경우가 있습니다.)

④※9. 기타에는 1~8에 해당하지 않는 내용을 기재하십시오.

(　　년도분) 진 료 내 용 명 세 서

환자명		생년월일		성별	
주요 상병명	①	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	②	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	③	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
치료의 개요	①				
	②				
	③				

진료 내용

1. 외래

주요 상병	진료 기간	일수
①	20　/　/　~　20　/　/	
②	20　/　/　~　20　/　/	
③	20　/　/　~　20　/　/	

진료 일수의 연간 합계　(①-③)　　일

2. 투약

	사용한 약제	용법	투여량	투약 일수 합계
□ 유				일
				일
□ 무				일
				일

3. 주사

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사
사용한 약제 :　　사용량:　　투여 일수 합계 :　　일

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사
사용한 약제 :　　사용량:　　투여 일수 합계 :　　일

□ 피하·근육주사　□ 정맥주사　□ 링거주사
사용한 약제 :　　사용량:　　투여 일수 합계 :　　일

4. 검사

	검사 내용	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 소변				회
□ 혈액				회
□ 심전도				회
□ 초음파 검사				회
□ 상기 이외의 검사				회
				회

진료 내용

5. 이학요법

연간 실시한 횟수 _____ 회

6. 엑스선 검사	부위	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회

7. 수술(입원은 별도 양식에 기입하십시오.)

수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

수술 기술료	기타 비용	비용 합계

8. 기타 처치(입원은 별도 양식에 기입하십시오.)

처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

처치 비용	재료비	기타 비용	비용 합계

※9. 기타

□ 진단서 작성 비용 _____

□ 기타 비용 합계 _____ ⇒ 주요 내용 [ ]

영 수 명 세 서

	보험 적용	보험 비적용	합계
의료비	①	②	③
공공 보험 부담액	④	⑤	⑥
환자 부담액	⑦	⑧	⑨
영수액 합계	⑩		
비고	⑪		

※①란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되는 의료비를 기재하십시오.
※②란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비를 기재하십시오.
※④란은 공공 보험이 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑦란은 공공 보험의 대상이 되는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑧란은 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑩란은 의료기관이 환자에게 청구해서 수령한 금액을 기재하십시오.
※⑪란은 ②와 ⑧이나 ⑨와 ⑩의 금액이 일치하지 않는 경우, 그 이유를 기재하십시오.

담당 의사의 이름 및 주소

의료기관명 : _____ **진료록 번호 :** _____

이름 : 성 _____ 명 _____ **칭호 :** _____

주소 : 병원 또는 의원 _____ **전화 :** _____

일자 : _____ **서명 :** _____

이 양식은 의료기관에 기재를 의뢰하십시오.

원폭증 인정 질병용(입원)

①이 양식은 일본의 지원제도(원자폭탄 피폭자에 대한 의료비 지원) 신청에 사용합니다.

②이 양식은 원폭증 인정 질병용(입원)입니다. 원칙적으로 각 연도(2004~2013)별로 1장씩 작성하시기 바랍니다.

※환자로부터 원폭증 인정 질병에 관한 진료 내용의 기재를 의뢰받은 경우에는 이 양식에 기재하시기 바랍니다.

※외래의 경우에는 원폭증 인정 질병용(외래) 양식에 기재하시기 바랍니다.

※원폭증 인정 질병 이외의 의료에 대해서는 입원용, 외래용의 별도 양식에 각각 기재하시기 바랍니다.

※기재하실 때는 원칙적으로 3월부터 2월까지의 1년분을 기재하십시오.(2004년도분은 10월~2005년2월까지가 대상입니다.)

※이 양식과 똑같은 항목의 기재란이 있다면 임의 양식이라도 접수하지만, 영수 명세서와 서명란은 반드시 기재하시기 바랍니다.

③이 양식에는 환자가 받은 의료의 내용을 담당 의사가 기입하고 서명하십시오.(문의를 하는 경우가 있습니다.)

④※9. 기타에는 1~8에 해당하지 않는 내용을 기재하십시오.

(　　년도분) 진 료 내 용 명 세 서

환자명		생년월일		성별	
입원의 원인이 된 주요 상병명	①	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
	②	국제 질병 분류 번호 (ICD10)			
치료의 개요	①				
	②				

진료 내용

1. 입원

입원의 원인이 된 주요 상병	입원 기간(2회까지 이 용지로 기입할 수 있습니다.)	일수
①	20　/　/　~　20　/　/	
②	20　/　/　~　20　/　/	

2. 투약

	사용한 약제	용법	투여량	투약 일수 합계
□ 유				일
				일
□ 무				일
				일

3. 주사

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량 : 투여 일수 합계 : 일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량 : 투여 일수 합계 : 일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량 : 투여 일수 합계 : 일

□ 피하·근육주사 □ 정맥주사 □ 링거주사
사용한 약제 : 사용량 : 투여 일수 합계 : 일

4. 검사

	검사 내용	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 소변				회
□ 혈액				회
□ 심전도				회
□ 초음파 검사				회
□ 상기 이외의 검사				회
				회

5. 이학요법

연간 실시한 횟수 _____ 회

6. 엑스선 검사

	부위	사용한 약제	투여량(연간)	횟수(연간)
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회
□ 뢴트겐 □ CT				회

진료 내용

7. 수술

①수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

②수술 내용(개략적으로 기입하십시오.)

	수술 기술료	입원 관리비	간호 비용	식사 비용	비용 합계
①					
②					

8. 기타 처치

①처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

②처치 내용(개략적으로 기입하십시오.)

	처치 비용	재료비	기타 비용	비용 합계
①				
②				

※9. 기타

□ 진단서 작성 비용 _____

□ 기타 비용 합계 _____ ⇒ 주요 내용 [ ]

영 수 명 세 서

	보험 적용	보험 비적용	합계
의료비	①	②	③
공공 보험 부담액	④	⑤ _____	⑥
환자 부담액	⑦	⑧	⑨
영수액 합계	⑩		
비고	⑪		

※①란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되는 의료비를 기재하십시오.
※②란은 상기 진료 내용 명세서에서 기재한 의료비 중 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비를 기재하십시오.
※④란은 공공 보험이 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑦란은 공공 보험의 대상이 되는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑧란은 공공 보험의 대상이 되지 않는 의료비 중 환자가 부담하는 금액을 기재하십시오.
※⑩란은 의료기관이 환자에게 청구해서 수령한 금액을 기재하십시오.
※⑪란은 ②와 ⑧이나 ⑨와 ⑩의 금액이 일치하지 않는 경우, 그 이유를 기재하십시오.

담당 의사의 이름 및 주소

의료기관명 : _____ **진료록 번호 :** _____

이름 : 성 _____ 명 _____ **칭호 :** _____

주소 : 병원 또는 의원 _____ **전화 :** _____

일자 : _____ **서명 :** _____

보건의료조성사업 상세 설명

(색지)

일본 후생노동성/나가사키현시/히로시마현시

(색지)

재외피폭자 보건의료조성사업 변경에 관한 안내

2014년 6월
후생노동성
히로시마현·히로시마시
나가사키현·나가사키시

해외에 거주하는 원폭 피해자 여러분이 필요한 의료를 받았을 때 지원하는 '재외 피폭자 보건의료 지원사업'에 대해 이번에 그 내용을 변경하였습니다. 자세한 내용은 아래를 참조하십시오.

1. 2014년도 이후 영수증 등에 의한 간편한 수속으로 지급받을 수 있는 의료비의 상한액을 연간 30만 엔으로 인상하도록 하고 있습니다 (2013년도에는 약 18만 엔).

2. 상한액을 초과하는 의료비의 자기 부담이 발생한 경우에는 해당 의료에 소요된 비용의 금액을 증명하는 서류 및 해당 의료의 내용을 기재한 서류 등을 제출하시고, 심사 결과에 따라 의료에 소요된 금액(주1)에서 거주 국가의 보험 급부 등의 금액을 공제한 금액(그 금액이 일본 국내의 피폭자가 해외에서 의료를 받은 경우에 급부되는 금액을 초과할 경우에는 해당 급부 금액)을 지급하도록 하고 있습니다.
(주1: '일본의 진료 보수에 의해 산정한 금액'이나 '실제로 소요된 금액' 중 낮은 쪽 금액)

구체적으로는 아래와 같습니다.
(1) 원폭증 인정 질병의 경우
의료에 소요된 금액에서 거주 국가의 보험 급부 등의 금액을 공제한 금액

(2) 원폭증 인정 질병 이외의 경우
의료에 소요된 금액에서 거주 국가의 보험 급부 등의

금액을 공제한 금액(그 금액이 의료에 소요된 금액의 20%(주2)에 상당하는 금액을 초과하는 경우에는 해당 20%에 상당하는 금액)
(주2: 일본 공공 의료보험의 자기 부담률을 고려해서 설정한 것)

3. 본 사업을 개시한 2004년도부터 2013년도까지의 사이에 본 사업에 의해 의료비를 지원받은 분으로, 각 연도의 상한액을 초과하는 의료비를 자기 부담한 경우에 대해서도 2의 방법으로 추가 지원을 하도록 하고 있습니다.

[참고] 본 사업은 히로시마현(남미 담당), 히로시마시(북미 담당), 나가사키현(한국 담당), 나가사키시(기타 담당)을 통해 지속적으로 실시하도록 하고 있습니다.

문의처

후생노동성 건강국 총무과
전화: +81-3-5253-1111(내선 2318, 2326)
팩스: +81-3-3502-3090
이메일: absengo@mhlw.go.jp

히로시마현 피폭자지원과
전화: +81-82-513-3109
팩스: +81-82-228-3277
이메일: fuhibakusya@pref.hiroshima.lg.jp

히로시마시 원폭피해대책부 원호과
전화: +81-82-504-2194
팩스: +81-82-504-2257
이메일: gentaiengo@city.hiroshima.lg.jp

나가사키현 복지보건부 원폭피폭자원호과
전화: +81-95-895-2475
팩스: +81-95-895-2578
이메일: s04020@pref.nagasaki.lg.jp

나가사키시 원폭피폭대책부 조사과
전화: +81-95-829-1147
팩스: +81-95-829-1148
이메일: chousa@city.nagasaki.lg.jp

별지2

추가 지급분

후생노동성
나가사키현

재외피폭자 보건의료조성사업 신청 절차에 대하여

2004년부터 2013년까지의 사이에 본 사업에 의해 의료비를 지원받은 분으로 각 연도의 지급 상한액을 초과하는 의료비를 자기 부담으로 하신 분은 아래의 요령으로 추가 지원을 받을 수 있습니다.

1. 다음 (1)~(5)의 서류를 제출하십시오.

(1) 지급 신청서(양식 제1호, 제2호)
8~9페이지의 양식에 필요 사항을 기입하십시오.
(주) 각 연도의 상한액은 55페이지의 참고란을 참조하십시오.

(2) 각 연도분의 진료 내용 명세서
해당 양식을 의료를 받은 의료기관에 제출해서 매년 입원·외래·치과별로 치료 내용 및 지불하신 의료비 등의 명세에 대해 의료기관에 기재를 의뢰하십시오. 기재 내용을 바탕으로 심사를 합니다. 원폭증 인정을 받고 그 질병으로 의료를 받은 경우에는 의료기관에 원폭증 인정을 받은 질병명을 전하고 양식 제6호 또는 제7호를 제출해서 다른 질병과는 별도로 기재를 의뢰하십시오.
(주1) 제출하실 때는 각 연도별로 종합해서 제출하시기 바랍니다.
(주2) 원폭증 인정 질병에 대해서는 아래의 URL을 참조하십시오.
한국어판: http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/genbaku04/dl/korean.pdf

※ 의료기관에서 진료내용명세서(양식 제3호~제7호)를 기재해주기 어렵다고 할 경우, 최소한 진료내용명세서의 '영수명세서'만이라도 기재해 받고 의료기관 관계자의 서명을 받은 후 제출하셔야 합니다.

※ 각 연도분의 '진료내용명세서'를 제출하지 못할 경우에는 '진료기록부' 또는 '의무기록사본'과 '의료비확인서' 등 진료받은 내용을 알 수 있는 자료를 제출해야 합니다.

(3) 보험 급여 등의 증명서(진료비계산서·영수증)
의료에 소요된 비용에 관하여 공공 보험이나 한국 정부의 지원금 등 의료비에서 공제되어야 하는 급여를 받은 경우에는 그 금액을 알 수 있는 자료를 첨부하십시오.

(주1) 상기 (2)의 진료 내용 명세서에 기재되어 있는 경우에는 제출할 필요가 없습니다.

(주2) 제출하실 때는 각 연도별로 종합해서 제출하시기 바랍니다.

※단, 2014년 추가 지원부터는 반드시 보험급부 등의 증명서(진료비계산서·영수증)를 함께 제출하여야 합니다.(진료비계산서영수증은 사본 가능)

(4) 통장 사본 등 입금 계좌를 확인할 수 있는 서류

(5) 원폭증 인정을 받은 경우에는 인증서의 사본

2. '1. (1)~(5)'의 서류를

2014년 12월 31일(금)까지 반드시 도착할 수 있도록 아래 주소로 우송하십시오.

필요한 서류가 갖추어진 경우에는 연도를 구분해서 여러 번으로 나누어 신청할 수도 있습니다.

각 연도별로 심사한 결과 추가 지원이 있는 경우에는

2015년 3월 31일까지 입금해 드립니다. 그 전에 계좌를 변경하는 경우에는 반드시 연락을 주시기 바랍니다.

※ 사망자의 경우는 지급신청서(사망 후 신청용, 양식 제9호)와 장례를 치른 사람임을 확인할 수 있는 서류(화장증명서,장례확인서 등)를 첨부하여 해당서류를 제출하시기 바랍니다.(사망자의 의료비는 '장례를 치른 사람임을 확인할 수 있는 서류'상에 기재되어 있는 자만 신청가능)

※ 대한적십자사를 통해 과거 장례비 신청자를 확인할 수 있는 경우에는 별도의 '장례를 치른 사람임을 확인할 수 있는 서류'를 제출 할 필요가 없습니다.

3. 서류를 우송하기 전에 55페이지의 제출 서류 체크 리스트로 신청에 필요한 서류가 갖추어져 있는지 확인을 하십시오.

【신청 서류 송부처】

대한적십자사 특수복지사업소
주소 : (100-043)서울특별시 중구 소파로 143
대한적십자사 특수복지사업소
전화 : (02)3705-3791~4
팩스 : (02)755-4799

보건의료조성사업 신청 시의 유의사항

○ 이번 보건의료조성사업 내용 변경은 상한액을 초과하는 분들에 대하여 의료 내용 등을 확인한 후, 일본 국내 피폭자가 해외에서 의료를 받았을 때 지급받는 금액과 동등하게 지급 받을 수 있도록 한 것입니다.
○ 동봉된 신청서류에 따라 신청하실 때 검토해주실 내용 등을 구체적으로 명시하오니,이러한 점에 유의하여 신청을 검토해주시기 바랍니다.

1. 대상자

○ 2004년부터 2013년 사이, 각 년도 별 정해진 상한액을 초과하는 의료비에 대해 본인 부담금이 발생하신 분들이 추가 지급 대상이 됩니다.

2. 산정방법

○ 산정은 일본의 공적 의료보험을 적용할 경우의 본인 부담금과 실제 지불한 의료비의 본인 부담금을 비교하여 더 적은 금액에서 당해 년도에 보건의료조성비로 지급된 금액을 공제한 금액에 해당됩니다.
○ 구체적인 산정방법은 다음과 같습니다.

○구체적인 산정방법에 대해 (1)

(절차1) 과거에 지급받았던 보건의료조성비 금액 확인

< 참고사례 > (단위 : 만원)

보건의료 조성비 (조성 상한액)	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년
	100 (145)	153 (153)	161 (161)	171 (171)	176 (176)	150 (179)

※조성 상한액은 통상분

• 이 사례의 경우, 2009년、2010년、2011년、2012년의 4 년에 대해서는 본인 부담금이 그 해의 조성 상한액을 초과했을 가능성이 있으므로 추가지급 대상이 될 수 있습니다. (2008년, 2013년은 상한액을 밑도는 금액이므로 추가지급 대상 외입니다.)

(절차 2) 신청 년도에 따른 한국에서의 「의료비총액」과 「보험급여액」의 확인

▪신청하는 년도의 한국에서의 의료비총액과 보험급여액을 의료기관에 조회하는 등의 방법으로 확인해 주시기 바랍니다. 또한, 확인 소요 비용(운송료,의료기관에서의 증명서 발급비용 등)은 신청자가 부담해야 합니다.

(단위 : 만원)

	2009년	2010년	2011년	2012년
A 한국에서 의료비 총액	600	1,200	1,000	900
B 한국에서 보험급여액	420	840	700	630
C 본인 부담금 (A - B)	180	360	300	270

○구체적인 산정방법에 대해 (2)

(절차3)추가지급액 계산

① 절차2에서 확인한 각 년도 의료비총액에 20%(일본의 공적 의료보험의 본인부담률을 감안해 설정한 것)을 곱한 금액에서 그 해에 지급 받은 보건의료조성비를 공제해주시기 바랍니다.

(단위 : 만원)

	2009년	2010년	2011년	2012년
A 한국에서의 의료비총액	600	1,200	1,000	900
B 본인부담상당금 (A×20%)	120	240	200	180
C 보건의료조성비	153	172	171	178
D 추가지급기준액 (B - C)	△33	68	29	2

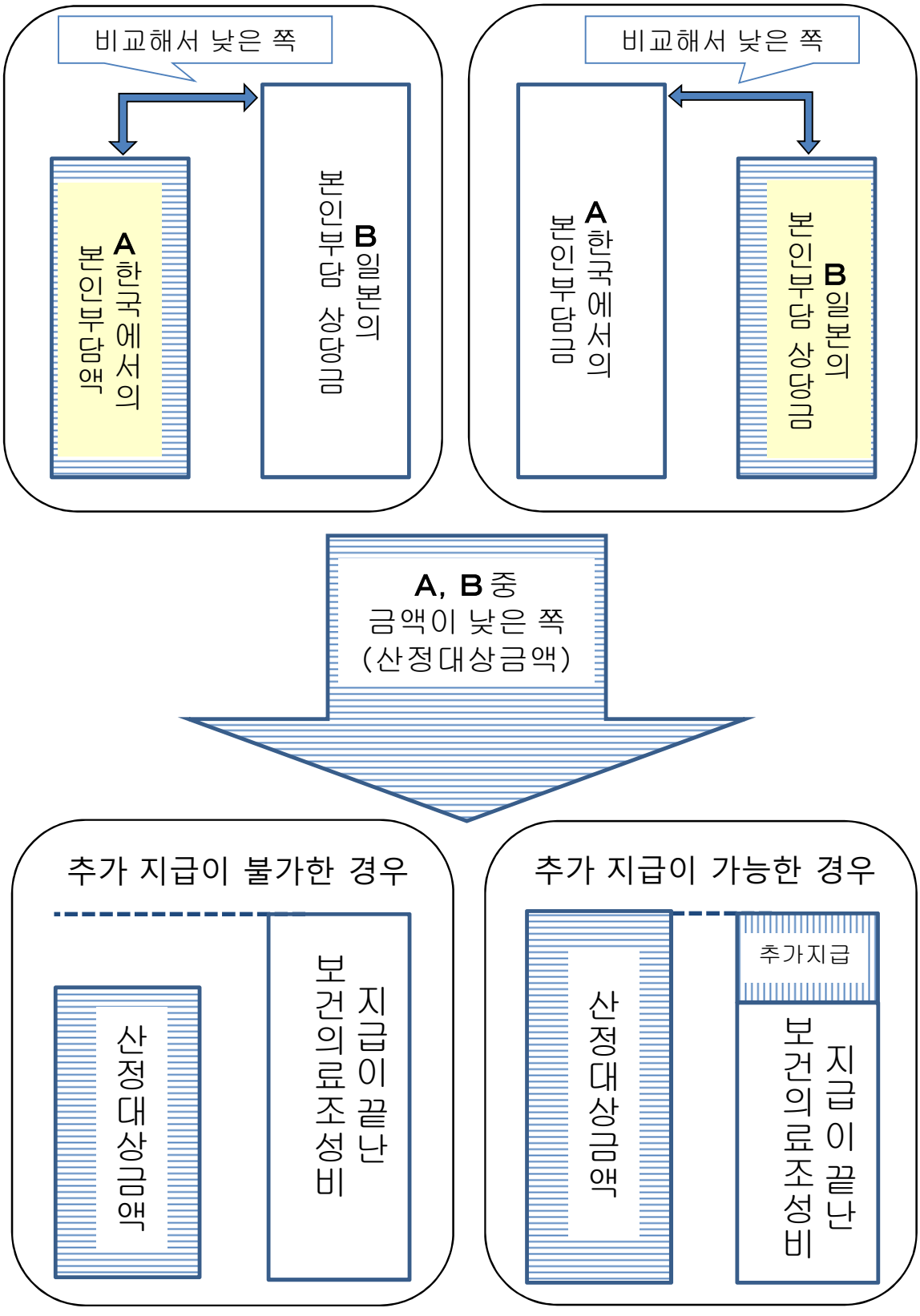
※일본의 진료수가로 의료비 총액을 산정한 결과, 한국에서의 의료비 총액을 밑도는 경우 등 추가지급이 불가한 경우도 있으므로 유의해주시기 바랍니다.

② 상기에 따라 추가지급을 받을 가능성이 있는 년도는 2010년, 2011년, 2012년입니다. 단, 신청서 제출 시 소요된 비용(운송료, 의료기관에서의 증명서 발급 비용 등)은 신청자가 부담해야 하므로 이 점을 염두하고 검토해주시기 바랍니다.

(단위 : 만원)

		2010년	2011년	2012년
D 추가지급기준액		68	29	2
E 신청경비	의료기관에서의 증명서 발급비용 등	△5	△5	△5
F D - E		63	24	△3

추가지급 흐름도


비교해서 낮은 쪽
A 한국에서의 본인부담액
B 일본의 본인부담 상당금
비교해서 낮은 쪽
A 한국에서의 본인부담금
B 일본의 본인부담 상당금
A, B 중 금액이 낮은 쪽 (산정대상금액)
추가 지급이 불가한 경우
산정대상금액
지급이 끝난 보건의료조성비
추가 지급이 가능한 경우
산정대상금액
추가지급
지급이 끝난 보건의료조성비

제출 서류 체크 리스트

※서류를 제출하기 전에 필요한 서류가 갖추어져 있는지 확인하십시오.

체크란	제출서류
□	지급 신청서(양식1)
□	연도별 지급 신청 내역(양식2) ※ 의료에 소요된 진료비계산서·영수증을 발급받지 못한 경우에는 진료비계산서·영수증을 제출할 필요가 없습니다.(단, 2014년 진료분은 반드시 진료비계산서·영수증을 제출해야 함)
□	보험 급여 등의 증명서(진료비계산서·영수증) ※1. 각 연도별로 종합하십시오. ※2. 진료 내용 명세서에 보험 급여 등의 금액이 기재되어 있고, 그 밖에 보험 급여 등의 금액이 없는 경우에는 제출할 필요가 없습니다.
□	통장 사본 등 입금 계좌를 확인할 수 있는 서류(사망 후 신청용 제출자만 해당)
□	진료 내용 명세서(양식 제6~7호) ※원폭증 인정질환으로 진료를 받았을 경우만 제출 ※각 연도별로 종합하십시오.
□	원폭증 인정을 받은 분은 인정서 사본

진료 내용 명세서(양식6~7)

※각 연도별로 종합하십시오.

(참고)

1. 각 연도별 상한액

(단위: 엔)

연도	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
통상	54,200	130,000	130,000	130,000	145,000	153,000	161,000	171,000	176,000	179,000
특별(입원 4 일 이상)	59,200	142,000	142,000	142,000	157,000	165,000	172,000	183,000	187,000	191,000

2. 원폭증 인정 질병에 대하여

원자폭탄에 의한 방사선이 원인이 되어 발생한 질병이나 부상에 대해 후생노동대신의 인정을 받을 수 있습니다. 주요 원폭증 인정 질병은 ①악성 종양, ②백혈병, ③부갑상선 기능 항진증 등이 있습니다.

(뒷면)

(뒷면)

발행처 : 대한적십자사 특수복지사업소
주 소 : (100-043) 서울특별시 중구 소파로 143
전 화 : (02) 3705-3791~4
팩 스 : (02) 755-4799