

第5号様式 (第6条関係)

死 亡 届 (被爆者)

東京都知事 殿

年 月 日

下記のとおり届出をし、書類を返還します。

届 出 者	ふりがな 氏 名	死亡した 被爆者と の続柄	電話番号 ()
	郵便番号 住 所		

記

死 亡 し た 被 爆 者	ふりがな 氏 名	手帳番号 (受給者番号)					
	死亡の際 の住 所						
	死亡年月日	年	月	日			
	死亡の原因 (病名)						
	手 当 受 給 の 有 無	医療特別手当 (有・無)	特別手当 (有・無)				
		原子爆弾小頭症手当 (有・無)	健康管理手当 (有・無)				
		保健手当 (有・無)	介護手当 (有・無)				
厚生労働 大臣の認定の 有 無	認定番号 有 () ・無						

返 還 す る 書 類	被爆者健康手帳	(返還できない場合は、その理由)
	手当証書 (医療特別・特別・原子 爆弾小頭症・健康管理 保健手当の受給者)	
	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。)

処 理	修正通知		
--------	------	--	--

(収受印)

(日本工業規格A列4番)