

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	日中連絡がとれる 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	( 歳)		
	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	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)

(日本産業規格A列4番)