

死 亡 届

山梨県知事 殿

年 月 日

下記のとおりお届けをし、書類を返還します。

届 出 者	氏名		続柄	
	住所	〒	電話番号	

記

死 亡 し た 被 爆 者	氏 名		公費負担番号	1	9	1	9	6	0	1	3
	住 所	〒	公費負担医療の 受給者番号 (手帳番号)								
	生 年 月 日	明治 大正 年 月 日 昭和	死亡年月日								
	手 当 受 給 (有無どちらかに○)	有 (受給している) ※受給しているもの全てについて記入してください。 手当の名称 証書番号 [] [] [] [] 無 (受給していない)									
	厚生労働大臣の認定 (有無どちらかに○)	有 (認定を受けている) → 認定番号 [] 無 (認定を受けていない)									

【添付書類】 被爆者健康手帳、手当証書 (該当のある方のみ)、厚生労働大臣の認定書 (該当のある方のみ)、
死亡を証する書類 (葬祭料支給申請書に添付してある場合は省略できます)

原爆死没者名簿への登載を(1. 希望します / 2. 希望しません) (どちらかに○)

【原爆死没者名簿について】

広島・長崎両市では、原爆死没者の霊を慰め、人類の恒久平和を祈念するため、原爆死没者名簿 (死没者名・死没年月日) を作成し、広島市は広島平和都市記念碑 (原爆死没者慰霊碑) に、長崎市は長崎原爆殉難者名奉安所にそれぞれ奉納しています。名簿への登載を希望される場合、本県が名簿登載の手続きを行います。