

# 第一種 健康診断受診者証交付申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則附則第2条第2項の規定により、第一種健康診断受診者証を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

なお、申請書に記載した内容は事実と相違ありません。

もし、事実に相違したことが判明した場合は、当該健康診断受診者証の返納はもちろん、これに伴う一切の責任をとることを誓約いたします。

令和 年 月 日

広島市長

|  |                               |                     |
|--|-------------------------------|---------------------|
| 居住地<br>郵便番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ( 方 )<br>広島市 区<br>電話 ( ) — | フリガナ<br>氏 名                   |                     |
| 現在の本籍  | 明治<br>大正 . . 生<br>昭和<br>(満 才) | 勤務先(連絡先)<br>電話( ) — |
| 今まで申請をしなかった理由及び今回申請する理由<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  |                               |                     |

添付書類：被爆証明書及び参考資料（在職・在学証明書など）

注）各ページの該当欄に記載できない場合は、5頁のその他欄に書いてください。

※以下の欄は記入しないでください。

|                           |                                  |  |               |               |  |
|---------------------------|----------------------------------|--|---------------|---------------|--|
| 受付印<br><br><br>原爆被害対策部収受印 | 区分<br><br>大字 (字)<br><br>Km       | 健康診断受診者証番号<br><br>資格取得年月日<br>. .<br>交付年月日<br>. . | 係<br><br>交付台帳 | 係長<br><br>異動票 | 課長<br><br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
| 受付番号                      | .....<br>.....<br>.....<br>..... |  |               |               |  |

( )

1 被爆当時の状況

〔 当時、幼少で詳しいことがわからない人は、よくわかる人に聞いて、また、胎内被爆者の人は、あなたを産んだ母親のことを書いてください。 〕

(1) 当時の住所又は疎開先

都 道 市 町 丁目 大字 番地  
府 県 郡 村

(2) 当時の本籍

都 道 市 町 丁目 大字 番地  
府 県 郡 村

(3) 当時の世帯主（戸主）の氏名とあなたとの続柄

世帯主（戸主） \_\_\_\_\_ 続 柄 \_\_\_\_\_

(4) 当時の満年齢

(5) 当時の勤務先，所属部隊，学校名（疎開先を含む。）及び学年等

(6) 当時の家族状況（続柄は申請者から見たものを書いてください。）

あなたを含めて、応召中，別居中，疎開中であった人全員（現在死亡している人も含む。）

| 続柄 | 性別  | 当時の氏名<br>生年月日 | 当時の職業<br>(勤務先)<br>又は学校 | 当時の住所 | 原子爆弾が落ち<br>た時にいた場所<br>(旧市町村名) | 被爆者健康<br>手帳等の有無<br>とその番号 | 現住所，現在姓<br>(死亡の時は<br>その年月日) |
|----|-----|---------------|------------------------|-------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 本人 |     | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               |                          |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |
|    | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日   |                        |       |                               | 有・無・不明<br>( )            |                             |

(7) 6か月以内にあらわれた症状の有無

(該当する番号を○で囲んでください。)

- 1 やけど    2 けが    3 下痢    4 歯ぐきからの出血，皮膚に斑点が出た  
5 発熱    6 脱毛    7 貧血    8 何もなかった

## 2 被爆の状況

(1) 原子爆弾が落ちた時（原子爆弾が爆発した瞬間），どこにいましたか。

郡 村 大字 字 番地

※ 目標になる建物など（ ）

(2) 上記の場所で何をしていましたか。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(3) 原子爆弾が落ちた時，一緒だった人がいる場合，その人の氏名，続柄（間柄），生死の別，被爆者健康手帳及び健康診断受診者証の有無等を全員について書いてください。  
一緒だった人がいない場合は，「なし」と書いてください。

| 氏 名 | 旧 姓 | 続柄（間柄） | 生・死 | 手帳等の有無 | 備 考(手帳番号等) |
|-----|-----|--------|-----|--------|------------|
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |

(4) 原子爆弾が落ちた時、あなたがいた場所のその時の周囲の様子を書いてください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3 黒い雨について

(1) 黒い雨が降った時、どこにいましたか。

郡 村 大字 字 番地

※ 目標になる建物など ( )

(2) 上記の場所で、何をしていましたか。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(3) 黒い雨が降った時、一緒だった人がいる場合、その人の氏名、続柄（間柄）、生死の別、被爆者健康手帳及び健康診断受診者証の有無等を全員について書いてください。  
一緒だった人がいない場合は、「なし」と書いてください。

| 氏 名 | 旧 姓 | 続柄（間柄） | 生・死 | 手帳等の有無 | 備 考(手帳番号等) |
|-----|-----|--------|-----|--------|------------|
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |
|     |     |        |     | 有・無・不明 |            |

(4) 黒い雨が降った時、あなたがいた場所のその時の周囲の様子を書いてください。  
また、その後のその日の行動を書いてください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 6 現在の状況

家族状況表（あなたを含む。）

| 続柄 | 氏名 | 生年月日         | 被爆者健康手帳等の有無とその番号 |
|----|----|--------------|------------------|
| 本人 |    |              |                  |
|    |    | 明大<br>昭平 . . | 有 ( ) ・ 無        |
|    |    | 明大<br>昭平 . . | 有 ( ) ・ 無        |
|    |    | 明大<br>昭平 . . | 有 ( ) ・ 無        |
|    |    | 明大<br>昭平 . . | 有 ( ) ・ 無        |
|    |    | 明大<br>昭平 . . | 有 ( ) ・ 無        |
|    |    | 明大<br>昭平 . . | 有 ( ) ・ 無        |
|    |    | 明大<br>昭平 . . | 有 ( ) ・ 無        |
|    |    | 明大<br>昭平 . . | 有 ( ) ・ 無        |

## 7 証人について

※ 第三者（2名）の証明書を添付することができない場合、その理由を書いてください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

※ 申請書を代筆した場合

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

居住地 \_\_\_\_\_

申請者との続柄 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

代筆した理由 \_\_\_\_\_

---

---

---

---

# 証 明 書

(健康診断受診者証)

令和 年 月 日

広島市長

|             |   |                               |              |
|-------------|---|-------------------------------|--------------|
| 証<br>明<br>者 | 氏名  | 明治<br>大正 年 月 日生<br>昭和         | 当時の年齢<br>満 歳 |
|             | 居住地 <input type="text"/> - <input type="text"/> | 電話 (自宅) ( )<br>(勤務先) ( )      | —<br>—       |
|             | 当時の居住地  | 原子爆弾が落ちた時いた場所<br>黒い雨が降った時いた場所 |              |
|             | 当時の職業, 学校等                                      | 被爆者健康手帳番号<br>健康診断受診者証番号 第 号   |              |

私は

申請者氏名

について、つぎのとおり証明します。

申請者との関係について (当時, 次のような関係から, 申請者を知っています。)

申請者がいた場所について (次の①または②のことは, 次のようないきさつから知っています。)

① 原子爆弾が落ちた時, 申請者がいた場所について (目標になる建物など: )  
村 大字 字 番地

② 黒い雨が降った時, 申請者がいた場所について (目標になる建物など: )  
村 大字 字 番地

## 証明書を代筆した場合

|        |         |          |
|--------|---------|----------|
| 代筆者氏名  | 証明者との続柄 | 居住地      |
|        |         | 電話 ( ) — |
| 代筆した理由 |         |          |

