

# 被爆者健康手帳交付申請書 (健康診断受診者証用)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により、被爆者健康手帳を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

令和      年      月      日

広島市長

現住所	郵便番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	(      方)	フリガナ	男 ・ 女	
広島市	区	町	丁目	番		氏名
		大字		番地		印
	電話	(      )				
本籍				明治	連絡先	
	都	道	府	県	大正    年    月    日生	
				番地	昭和	
					(被爆当時満    才)	電話

原子爆弾が落ちた時にいた場所（受診者証を見て書いてください。）

広島県	市	町	大字			
	郡	村	字	番地		

**添付書類**

- 1 健康診断受診者証
- 2 健康診断個人票（精密検査用）

※以下の欄は記入しないでください。

精 密 検 査 票 の 審 査 意 見 書						
判 定	認 定 ・ 不 認 定	年      月      日				
障 害 名	意見					
嘱託医師印 及び意見						
受付印	区分	被爆者健康手帳	係	係長	課長	
住所確 認済印  <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	大字（字）  Km	第      号	/	/	/	/
		資格取得年月日				
		受付番号	障害名	健康診断受診者証		
		第      号				