｛1 被爆者健康手帳 / 2 健康診断受診者証｝ 再交付申請書

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第７条の２の規定による

｛1 被爆者健康手帳 / 2 健康診断受診者証｝の再交付を申請します。

（申請先）
広 島 市 長

太枠内をご記入ください。

令和　　年　　月　　日

ふりがな 氏 名	明治 大正 昭和　　年　　月　　日生
現住所　　（　　方） 広島市　　区　　町　　丁目　　番　　号 大字　　番地	電話 －　　－
再交付を受ける理由（該当する番号を○で囲んでください） 1 破損　　2 汚損　　3 紛失　　4 その他（　　）	

紛失した被爆者健康手帳又は健康診断受診者証を発見された場合は、速やかに、返還してください。
なお、返還された被爆者健康手帳又は健康診断受診者証に記載されている健康診断記録は、お返しいたします。
申請等の内容に影響のない軽微な誤記があった場合、広島市が訂正することを承諾します。

※代理人が申請される場合、以下の太枠内もご記入ください（申立書を提出される場合は記入不要です。）。
※代理人が指定居宅介護支援事業所等（ケアマネジャー等）の場合、事業所名も住所欄にご記入ください。

代理人 氏名		本人との 続柄	
代理人 住所	電話（　　）　　－		

＊被爆者本人確認書類
□後期高齢者医療被保険者証
□介護保険被保険者証
□運転免許証（運転経歴証明書）
□被爆者健康手帳
□その他
（　　）

＊代理人本人確認書類：□運転免許証　□（　　）
＊送付先　□本人の住所地　□申立書のとおり（添付書類：□様式１　□様式２　□様式３）

原爆被害対策部記入欄

被爆者手帳又は受診者証 第　　号	交付（資格取得） 昭和 平成　　年　　月　　日 令和	区分 1 法第１条第　　号 2 法附則第17条	交付内容

受 付 印

区役所 出張所	扱者

原爆被害対策部決裁欄

係	係長	課長

2.12改　Ａ４　　3年保存