

第一種
第二種 健康診断受診者証交付申請書

年 月 日

愛知県知事殿

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3項の規定により、第一種・第二種健康診断受診者証を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

受診者証番号		交付年月日	
--------	--	-------	--

ふりがな 氏名	印	男 女	明治 大正 昭和	年	月	日生
〒 現住所			連絡先（自宅以外の場合）			
電話番号（ ）			電話番号（ ）			
本籍地						
今まで受診者証を申請しなかった理由						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

1 被爆当時の状況（当時、胎児であった場合は生みの母親の状況を書いてください。）

当時の住所又は疎開先	
被爆当時の職業	勤務先又は学校名

当時の家族の状況

あなたを含めて、応召中、別居中、疎開中であつた人全員（現在死亡している人を含む）を記入してください。

当時の氏名 生年月日	当時の年齢	続柄	当時の職業 (勤務先) 又は学校名	原爆が落ちた時 にいた場所	原爆投下時の住所	被爆者健康手 帳の有無とそ の受給者番号	現住所 (死亡の場合は死亡年月日)
. .		本人					
. .							
. .							
. .							
. .							
. .							
. .							
. .							

2 被爆の状況

原爆が落ちた時にいた場所（当時の町村名で書いてください。）

勤務中の場合は勤務先の名称（ ）

原爆が落ちた時、上記の場所のどこで何を していましたか。	被爆した場所付近の略図
--	-------------

原爆が落ちてからのその日の行動と、翌日からの行動を順を追って書いてください。

3 原爆投下後6か月間の健康状況（該当するものに○をつけてください。）

(1) やけど	(2) けが	(3) 下痢	(4) 歯ぐきから出血した・皮膚に斑点がでた
(5) 発熱	(6) 毛が抜けた	(7) 貧血	(8) 何もなかった
(1)から(7)までの症状で最も長く続いた期間 約 　　か月			

4 当時、胎児であった場合

あなたを生んだ母親の氏名	
あなたを生んだ母親は健在ですか。それとも死亡されていますか。	
ア 健在	被爆者健康手帳又は健康診断受診者証 有（受給者番号 　　）・無 現住所 電話（ 　　）
イ 死亡	被爆者健康手帳又は健康診断受診者証 有（受給者番号 　　）・無 （死亡年月日 昭和・平成 　年 　月 　日） 死亡時の住所

誓 約 書

申請書に記載した内容は事実と相違ありません。
もし、事実と相違したことが判明した場合は、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取ることを誓約します。

年 月 日

申請者氏名 　　印

※申請書を代筆した場合

代筆者の住所 　　

氏名 　　 申請者との続柄（間柄） 　　

代筆の理由 　　

※ 訂正した場合は訂正印を押してください。

