

別 紙

被爆二世健康診断案内送付申込書

住 所	〒	
ふりがな 氏 名		
生 年 月 日	年 月 日	
性 別	男 ・ 女	
電 話 番 号	()	
ふりがな 被爆者氏名		
被爆者生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
手 帳 番 号		都道府県・市 交付
備 考		

- 上の必要事項を御記入の上、次に掲げる必要書類と一緒に郵送でお送りください。
 - 1 受診希望される方の戸籍抄本
 - 2 受診希望される方の住民票
- 手帳番号は、被爆者（父又は母）の被爆者健康手帳番号と交付した都道府県名または市（広島・長崎）名を御記入ください。

なお、手帳番号が不明な場合は空欄で構いませんが、被爆者の方の住所を備考にわかる範囲で御記入ください。