

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	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、疎開中であった人全員（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 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

あなたは原爆が落ちた時、屋外にいましたか、それとも屋内にいましたか。

(該当する番号を○で囲んでください。)

- 1 屋内 (1) 木造 (2) コンクリート造 (3) 防空壕内 (4) その他 ()
2 屋外 (1) ものかげあり (2) ものかげなし (3) その他 ()

あなたは原爆が落ちた時、誰と一緒にいましたか。
その人の氏名、続柄、生死の別、現住所、被爆者健康手帳又は健康診断受診者証の有無及び受給者番号を全員について書いてください。(現在死亡している人については分かっているだけ書いてください。)

氏名	旧姓	続柄(間柄)	生・死	現住所	手帳等の有無・受給者番号

原爆が落ちた時あなたがいた場所のその時の周囲のありさまを詳しく書いてください。

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 月 日			

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 _____

※申請書を代筆した場合

代筆者の住所 _____	申請者との 続柄（間柄） _____
氏名 _____	
代筆の理由 _____	

※ 訂正した場合は訂正印を押してください。

