

原子爆弾被爆者二世健康診断受診申込書

年 月 日

京 都 府 知 事 様

次のとおり申し込みます。

1 人 目	ふりがな	性別	生 年 月 日 ・ 年 齡							
	二世の氏名	男・女	年 月 日生 (歳)							
	二世の住所	(〒) (電話番号 - -)								
	受診希望 医療機関									
	多 発 性 骨 髄 腫 検 査	1. 希望あり 2. 希望なし (※どちらかに○をつけてください)								
2 人 目	ふりがな	性別	生 年 月 日 ・ 年 齡							
	二世の氏名	男・女	年 月 日生 (歳)							
	二世の住所	(〒) (電話番号 - -)								
	受診希望 医療機関									
	多 発 性 骨 髄 腫 検 査	1. 希望あり 2. 希望なし (※どちらかに○をつけてください)								
親 の 氏 名	親 の 居 所		都 道 府 県							
親の被爆者	公 費 負 担 者 番 号	1	9							
健康手帳	公費負担医療の受給者番号 (手帳番号)									/

- ※ 受診希望医療機関は、別紙「被爆者二世健康診断委託契約医療機関一覧表」の中からお選びください。
- ※ 親（被爆者）が死亡している場合は、親の居所は死亡時に居住の都道府県（または直近に手帳交付を受けた都道府県）を記入し、親の被爆者健康手帳は直近に所持していた健康手帳の情報を記入してください。返納等により手帳番号が不明の場合は、親の死亡日、生年月日を代わりに記入ください。
- ※ 記入欄が不足する場合はコピーして記入してください。