

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。

【申込内容】

ふりがな		性 別	生 年 月 日 ・ 年 齢	
二世の氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生 (歳)
二世の住所	(〒) (電話番号: - -)			
受診希望 医療機関	医療機関名 : (No,) ※ 別紙「原爆被爆者二世健康診断実施医療機関一覧」の中から選んでご記入ください。			
多 発 性 骨髄腫検査	1. 希望あり 2. 希望なし <u>(※どちらかに○をつけてください)</u>			
備考				

【親の情報】

ふりがな		親 の 居 所		※ 死亡している場合は、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）を記入してください。							
親 の 氏 名				都 道 府 県							
親の被爆者 健康手帳	公 費 負 担 者 番 号	1	9								
	公費負担医療の受給者番号（手帳番号） ※ 死亡している場合は、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。										
※ 手帳の返納等により 手帳番号が不明の場合、 記入してください		親の生年月日： 親の死亡日：									

【被爆二世健康記録簿について】

被爆二世健康記録簿配布の希望	有 ・ 無
(⇒ “有” の場合) 希望の理由 ※該当するものに○をつけてください	・ 今まで持っていなかったため ・ 紛失・汚損のため ・ 記入するページがなくなったため
* 下記についてご留意ください ○被爆二世健康診断の結果等を記録し、自身の健康管理に役立てていただくことを目的として配布しております。 ○サイズはA6判で、被爆二世健康診断の結果を4回分記入することができます。 ○「被爆者健康手帳」のように、<u>医療費の助成等がされるものではありません。</u> ○「被爆二世健康記録簿」を申し込んでいない方でも、被爆二世健康診断の受診は可能です。	