

被爆二世健康診断受診希望申込書

(保健福祉事務所・保健所経由)

長野県知事 様

提出日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな) 氏名	()	被爆者との 続柄	
	住所	〒 —		
	生年月日	昭和・平成	年	月 日
	電話番号	()		

被爆者	(ふりがな) 氏名	()	被爆地	広島 長崎
	居住地 ※1			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	死亡年月日 ※2	昭和・平成・令和	年	月 日
	手帳番号 ※3		被爆者健康手帳を交付 した都道府県・市 ※3	

※1 被爆者の方がすでに亡くなっている場合は、最終居住地を記載してください。

※2 被爆者の方がすでに亡くなっている場合に記入してください。

※3 不明な場合は空欄でも結構です。

被爆二世健康診断の受診を希望しますので、必要書類を添えて届出します。

なお、私の被爆二世健康診断受診希望申込書の審査にあたり、被爆事実を確認するために必要があるときは、貴県が私及び私の親族について、官公署及び関係機関に照会調査（被爆者健康手帳の交付申請書等の照会）を行うことに同意します。

添付書類

この申請書は、次の書類を添付してください。

- 1 本人確認ができる書類の写し（運転免許証、健康保険証等）
- 2 戸籍抄本（被爆者と申請者の関係性がわかる書類）
- 3 両親又は両親どちらかの被爆者健康手帳の写し

（長野県から手帳を交付している場合、父母である被爆者がすでに亡くなっており、添付できない場合は不要です。）