

健康診断受診申請書

| | | | | | | |
|--------------|---|------|---------------------------------|------|------|--------|
| 氏名 | | | 被爆者健康手帳番号・ 第一種健康診断受診者 証番号 | | | |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 健康診断 希望項目 | 定期健康診断 第1回・第2回 | | | | | |
| | 希望による健康診断 第1回・第2回 →希望による健康診断のうちがん検診の希望 有・無 | | | | | |
| | ※がん検診を希望する場合、希望する検査項目 | | | | | |
| | 胃がん | 肺がん | 乳がん | 子宮がん | 大腸がん | 多発性骨髄腫 |
| 受診希望 機関 | | | | | | |

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第9条の規定による「健康診断」を受けたく申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名

⑩

(自署の場合は押印不要)

静岡県知事 様

第二種健康診断受診者証所持者健康診断受診申請書

| | | | |
|-------------------|----------------------|----|-----|
| 氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 明治 大正 年 月 日 昭和 | | |
| 第二種健康診断 受診者証番号 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| 受診希望 機 | | | |

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第9条の規定による「健康診断」を受けたく申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名

㊞

(自署の場合は押印不要)

静岡県知事 様

被爆二世健康診断受診申請書

| | | | | | | |
|--------------|--|-----------------------------|----------------|------|------|------------|
| 氏名 | 親である被爆者 | 氏名 | | | | |
| | | 被爆者健康手帳番号・ 第一種健康診断受診者証番号 | | | | |
| 性別 | 男・女 | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 健康診断 希望項目 | 定期健康診断 第1回・第2回 | | | | | |
| | 希望による健康診断 第1回・第2回 →希望による健康診断のうちがん検診の希望 有・無 ※がん検診を希望する場合、希望する検査項目 | | | | | |
| | 胃がん | 肺がん | 乳がん | 子宮がん | 大腸がん | 多発性 骨髄腫 |
| | | | | | | |
| 受診希望 機関 | | | | | | |

原子爆弾被爆者の健康診断に際し、被爆者二世として健康診断を受診したく申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名



(自署の場合は押印不要)

静岡県知事 様