

(様式2)

原爆被爆者二世健康診断申込書

令和 年 月 日

三重県知事 へ

原爆被爆者二世健康診断を受診したいので申し込みます。

原爆被爆者二世健康診断受診希望者（二世の方）			
住 所	〒 ー 三重県 TEL ()		
ふりがな		生 年 月 日	性 別
氏 名		昭和 年 月 日	男 ・ 女
受診希望 医療機関	所 在 地	〒 ー 三重県	
	名 称	TEL ()	
多発性骨髄腫検査の希望		有 ・ 無	

※多発性骨髄腫検査を希望する場合、希望する医療機関で受診できない場合があります。

被爆者健康手帳所持者（親）			
住 所	〒 ー TEL ()		
ふりがな		生 年 月 日	性 別
氏 名		年 月 日	男 ・ 女
健康手帳 番 号		発 行 者 都道府県(市)	

※三重県で初めて申し込みをする方、以前の受診から5年以上受診していない方

被爆者健康手帳の写しを添付してください。
（住所が分かるよう表紙を開いてA4サイズでお願いします。）

所持者が死亡しているため番号等が不明な場合は、「健康手帳番号」欄に死亡年月日を、
「発行者都道府県(市)」欄に亡くなった時の住所〔都道府県（市）〕をご記入ください。

※5年以内に受診された方、所持者が三重県在住の方は、被爆者健康手帳の写しは不要です。

・下記もご記入ください。

被爆者二世健康記録簿(※)の配布を希望しますか。 (これまでに配布されている方は、紛失、汚損又は健診記入欄が一杯となった場合に、新たに配布対象となります。)	はい ・ いいえ
以前にも二世健診を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ
前回二世健診を受診されたのはいつ頃ですか。	平成・令和 年 月頃
その他要望事項がありましたら記入してください。	

※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ることを目的としたものです。