

健康診断受診票交付申請書

次のとおり、健康診断受診票の交付を申請します。

東京都知事 殿

年 月 日

ふりがな	郵便番号	日中連絡がとれる電話番号 ( )
氏名	住所	
年 月 日生	親との続柄( )	親と 同居・別居・死別

父	ふりがな	生年月日 年 月 日生	被爆者手帳番号 ( ) 都府市道県 第 号	被爆状況 広島市 町(・) km 長崎市 8月 日～ 日まで入市 ( )
	氏名	死亡年月日 年 月 日没		
	住所 申請者の住所と同じ 別居( ) 死亡時の住所( )			
母	ふりがな	生年月日 年 月 日生	被爆者手帳番号 ( ) 都府市道県 第 号	被爆状況 広島市 町(・) km 長崎市 8月 日～ 日まで入市 ( )
	氏名	死亡年月日 年 月 日没		
	住所 申請者の住所と同じ 別居( ) 死亡時の住所( )			

代筆者 住所 \_\_\_\_\_ 申請人との続柄 ( )  
氏名 \_\_\_\_\_

代筆が必要な理由 ( )  
(※代筆は、申請者が心身の状況により記入できない場合のみ可能です。)

(収受印)
-------

(備考)

1 健康診断受診票の交付を受ける場合、次の二つの要件を満たす必要があります。

- (1) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第1条に規定する被爆者の「実子」であること。
- (2) 東京都内に住所を有すること。

2 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 住民票
- (2) 戸籍抄本
- (3) 父又は母が被爆者であることを証する書類(被爆者健康手帳の写し)

3 父又は母の被爆者健康手帳の写しについて

- (1) 次の内容が記載されているページの写しを添付してください。  
受給者番号(手帳番号)、被爆者の氏名・生年月日・居住地、被爆の場所
- (2) 東京都が交付した被爆者健康手帳であれば、添付を省略することができます。
- (3) 父又は母が既に死亡しているため、被爆者健康手帳の写しを添付できない場合は、東京都から被爆者健康手帳を交付した道府県市に照会しますので、父母欄の死亡年月日及び死亡時の住所についても記載してください。