

## 被爆二世健診申込書

## 【１】受診希望者本人の氏名等

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ<br>氏 名                     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 性 別                             | 男 ・ 女                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 生年月日                            | 昭和・平成 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 住 所                             | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 電話番号                            |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 今までの<br>二世健診受診状況                | (記載例：令和〇〇～〇〇年度 異常なし)                                                                                                                                                                                                                                              |
| 多発性骨髄腫検査<br>の希望の有無              | 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 被爆二世健康記録<br>簿の希望の有無             | 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 受診を希望する<br>医療機関<br><br>(※番号に○印) | 1. 県立宮崎病院                      2. 県立日南病院<br>3. 串間市民病院                    4. 都城健康サービスセンター<br>5. 園田病院                          6. 国立病院機構宮崎病院<br>7. 済生会日向病院                  8. 県立延岡病院<br>9. 高千穂町国民健康保険病院<br>10. 宮崎生協病院<br>※特に希望がない場合は、上記の中から最寄りの医療<br>機関とさせていただきます。 |

## 【２】被爆者である親の氏名・住所・電話番号・被爆者健康手帳番号

|             |   |
|-------------|---|
| フリガナ<br>氏 名 |   |
| 住 所         | 〒 |
| 電話番号        |   |
| 被爆者健康手帳の番号  |   |

## (添付書類)

・過去に受診歴のある二世の方については添付書類不要

・新規申込者については、

- ① 被爆者が存命の場合 → 「被爆者健康手帳の写し」を添付  
 ② 被爆者が死亡している場合 → 「戸籍謄本の写し」を添付